DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
DIVISIÓN DE APOYO FAMILIAR

SOLICITUD DE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS

SOLO PARA USO DE LA FSD FECHA DE ÚLTIMA ENTREVISTA F-T-F	FECHA DE RECEPCIÓN/FECHA DE LA SOLICITUD
	SCN
☐ POR CORREO ☐ PERSONALMENTE	DCN

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO) **Por favor, ingrese su nombre legal.**	TELÉFONO PARTICULAR/CELULAR	TELÉFONO PARA MENSAJES

DIRECCIÓN PARTICULAR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	CONDADO

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA MENCIONADA ANTERIORMENTE)	NO TENGO TECHO ☐ **Sí** ☐ **No**

Usted tiene derecho a presentar una solicitud de Cupones para Alimentos de inmediato, siempre y cuando contenga su nombre, dirección y firma. Complete el resto de la solicitud en su casa y tráigala, o envíela por correo o fax a la oficina. Usted puede completar el formulario entero y entregárnoslo ahora. Usted no recibirá beneficios acelerados de Cupones para Alimentos, si es elegible, hasta que se haya recibido un formulario de solicitud completado. Su beneficio de Cupones para Alimentos se basa en la fecha de su solicitud. Se establece la fecha de su solicitud cuando se recibe en la oficina esta sección completada. Bajo las leyes del estado de Missouri, y las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, por la presente, solicito beneficios de Cupones para Alimentos.

FIRMA DEL SOLICITANTE	**FECHA**

MIEMBROS DEL HOGAR Enumere todas las personas que viven en su hogar. Usted debe incluir a todos los niños menores de 22 años, cónyuges y cualquier persona que coma con usted, marcando "sí" en la última columna. Ingrese su nombre en la primera línea. **El suministrar información de raza/sexo (incluyendo hispano/latino) de cada persona es opcional y voluntario y no afecto su elegibilidad o la cantidad de Cupones para Alimentos que usted recibe. Los datos de raza/sexo son solo para uso estadístico. El suministro del SSN (Número de Seguro Social) y estado inmigratorio de cada miembro del hogar es voluntario**. Sin embargo, usted no recibirá beneficios de Cupones para Alimentos para las personas que no suministren un SSN y/o estado inmigratorio. La situación de extranjeros de los miembros del hogar solicitantes puede estar sujeta a verificación por USCIS (Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU., anteriormente conocido como INS) a través de la presentación de información de la solicitud a USCIS y podrá afectar su elegibilidad y nivel de beneficio. Todo SSN e información de estado inmigratorio se utiliza y divulga de la misma manera que los SSN y el estado inmigratorio de los miembros del hogar que reciben Cupones para Alimentos.

NOMBRE LEGAL COMPLETO	Sexo M/F	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Hispano o latino	Raza* (Ingrese TODOS los que correspondan)	Ciudadano(a)	Compran/Cocinan juntos
1.		**Yo mismo(a)**			☐ **Sí** ☐ **No**		☐ **Sí** ☐ **No**	☐ **Sí** ☐ **No**
2.					☐ **Sí** ☐ **No**		☐ **Sí** ☐ **No**	☐ **Sí** ☐ **No**
3.					☐ **Sí** ☐ **No**		☐ **Sí** ☐ **No**	☐ **Sí** ☐ **No**
4.					☐ **Sí** ☐ **No**		☐ **Sí** ☐ **No**	☐ **Sí** ☐ **No**
5.					☐ **Sí** ☐ **No**		☐ **Sí** ☐ **No**	☐ **Sí** ☐ **No**
6.					☐ **Sí** ☐ **No**		☐ **Sí** ☐ **No**	☐ **Sí** ☐ **No**
7.					☐ **Sí** ☐ **No**		☐ **Sí** ☐ **No**	☐ **Sí** ☐ **No**
8.					☐ **Sí** ☐ **No**		☐ **Sí** ☐ **No**	☐ **Sí** ☐ **No**
9.					☐ **Sí** ☐ **No**		☐ **Sí** ☐ **No**	☐ **Sí** ☐ **No**

Seleccione TODOS los que correspondan * 1 - Blanco 2 - Negro/Afro estadounidense 3 - Indígena estadounidense/Indígena de Alaska 4 - Asiático 5 - Indígena hawaiano/Nativo de Islas del Pacífico

¿Algún adulto en su hogar habla bien el inglés? ☐ Sí ☐ No Si respondió que no, ¿qué idioma se habla con mayor frecuencia en su casa?

¿Alguna persona en su hogar es un hijo de crianza o adulto de crianza? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, ¿quién?

INTERROGATORIO SOBRE LA DECLARACIÓN DEL HOGAR Responda sí o no a cada una de las preguntas en esta sección. Para cada pregunta a la que contestó que sí, explique en el espacio provisto. **Una respuesta afirmativa ("sí") a cualquiera de las preguntas A-H en esta sección puede resultar en la descalificación de esa persona.**

A. ¿Usted o algún miembro de su hogar fue condenado por comprar o vender beneficios de Cupones para Alimentos por $500 o más después del 22-9-96? De ser así, ¿quién? _____ ☐ **Sí** ☐ **No**

B. ¿Usted o algún miembro de su hogar está en situación de fuga para evitar enjuiciamiento, custodia o encarcelamiento por un delito mayor (o intento de delito mayor)? De ser así, ¿quién? _____ ☐ **Sí** ☐ **No**

C. ¿Usted o algún miembro de su hogar está violando una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra? De ser así, ¿quién? _____ ☐ **Sí** ☐ **No**

D. ¿Usted o alguien en su hogar hecho declaraciones falsas sobre su identidad o domicilio que reciben beneficios de Cupones de alimentos en dos o más hogares al mismo tiempo? De ser así, ¿quién? _____ ☐ **Sí** ☐ **No**

E. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado en un tribunal federal o estatal de un delito mayor cometido después del 22-8-96 relacionado con la posesión, el consumo o la distribución ilegales de una sustancia controlada? De ser así, ¿quién? _____ ☐ **Sí** ☐ **No**

F. ¿Usted o algún miembro de su hogar ya ha sido condenado por recibir fraudulentamente beneficios de Cupones para Alimentos duplicados en cualquier estado después del 22-9-96? De ser así, ¿quién? _____ ☐ **Sí** ☐ **No**

G. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por cambiar Cupones para Alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos después del 9-22-96? De ser así, ¿quién? _____ ☐ **Sí** ☐ **No**

H. ¿Usted o algún miembro de su hogar ya ha sido condenado por cambiar Cupones para Alimentos por drogas después del 22-9-96? De ser así, ¿quién? _____ ☐ **Sí** ☐ **No**

SERVICIO ACELERADO Los beneficios de Cupones para Alimentos de emergencia o acelerados se emiten en el plazo de 7 días de haberse recibido su solicitud completada.

Usted no recibirá beneficios de Cupones para Alimentos, si es elegible, hasta que se haya presentado una solicitud completada e identificación. Usted puede calificar si su hogar responde que Sí a cualquiera de las preguntas a continuación.

¿Tiene su hogar $100 o menos disponibles en efectivo o en una cuenta bancaria? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique la suma: $

¿Prevé su hogar recibir menos de $150 en ingresos este mes? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique la suma: $

¿Tiene su hogar costos de alquiler/hipoteca y/o servicios públicos que superan sus ingresos totales, dinero en efectivo y cuentas bancarias disponibles para este mes? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es la suma mensual de su pago de alquiler/hipoteca? $ ¿Paga para calentar o refrigerar su hogar? ☐ Sí ☐ No

¿Incluye su hogar algún temporero agrícola cuyos ingresos hayan cesado y cuyos recursos líquidos no superen los $100? ☐ Sí ☐ No

BENEFICIOS DE OTRO ESTADO ¿Usted o algún miembro de su hogar ha recibido beneficios de Cupones para Alimentos en otro estado en los últimos 30 días? ☐Sí ☐ No Si respondió que sí, por favor complete lo siguiente:

NOMBRE	ESTADO	CONDADO	ÚLTIMO MES RECIBIDO EN OTRO ESTADO

DISCAPACIDAD La discapacidad incluye, entre otros, recibir SSI, beneficios para ciegos, beneficios de jubilación con base en la discapacidad y beneficios para veteranos discapacitados.

¿Usted o algún miembro de su hogar tiene una discapacidad? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, por favor complete lo siguiente:

NOMBRE	TIPO DE DISCAPACIDAD

EDUCACIÓN SUPERIOR La educación superior es la inscripción en una escuela comercial, técnica o vocacional, o un "college" (universidad).

¿Alguna persona en su hogar de entre 18 y 49 años de edad está inscrita en un curso de educación superior? ☐ Sí ☐ No Si respondió que "sí", responda "sí" o "no" a todas las preguntas aplicables al estudiante.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	TRABAJA 20 HORAS POR SEMANA	ES DISCAPACITADO(A)	PARTICIPA EN UN PROGRAMA DE TRABAJO-ESTUDIO	PARTICIPA EN CAPACITACIÓN PRÁCTICA EN EL TRABAJO	PADRE/MADRE SOLTERO(A) CON UN HIJO MENOR DE 12 AÑOS	EN UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE WIA	RECIBE ASISTENCIA TEMPORAL

CUENTAS BANCARIAS, DINERO EN EFECTIVO, ETC. Por favor, enumere todo dinero en efectivo, dinero en cuentas bancarias, acciones, bonos, cuentas de jubilación, acuerdos conciliatorios debido a accidentes, reclamos de seguro y premios de lotería.

¿Usted o alguna persona de su hogar posee alguna de las cosas enumeradas arriba, o posee alguna de las cosas enumeradas arriba en forma conjunta con otro miembro del hogar o en forma conjunta con alguien que no pertenece hogar? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, por favor complete lo siguiente:

NOMBRE DEL/DE LOS PROPIETARIO(S)	TIPO (cuenta bancaria, acciones, bonos, cuenta de jubilación, etc.)	VALOR	NOMBRE DEL BANCO O COMPAÑÍA	¿CÓMO SE UTILIZA ESTE DINERO?

OTROS RECURSOS Otros recursos son cosas como automóviles, camiones, tierra, casas, parcelas en un cementerio, embarcaciones, remolques, etc. que posea o esté comprando.

¿Usted o algún miembro de su hogar posee o está comprando un plan de entierro o funeral prepago? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro de su hogar posee o está comprando un vehículo, tal como un automóvil, un camión, una motocicleta, etc.? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro de su hogar posee o está comprando bienes raíces, tales como una casa, tierra, edificios, etc.? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro de su hogar posee o está comprando bienes personales, tales como embarcaciones, camperos, parcelas en un cementerio, etc.? ☐ Sí ☐ No

INGRESOS POR TRABAJO Los ingresos por trabajo son ingresos que usted recibe por su trabajo.

¿Usted o algún miembro de su hogar trabaja? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, por favor complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INICIO	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE LE PAGA?	SUMA RECIBIDA POR MES	¿ÉL/ELLA RECIBE ALGUNO DE ESTOS TIPOS DE INGRESOS? MENCIONE LA SUMA MENSUAL A CONTINUACIÓN.		
					PROPINAS	BONIFICACIONES	COMISIÓN

CAMBIOS EN EL EMPLEO Por favor, enumere cualquier cambio en su empleo, tal como suspensión, realización de huelga, renuncia o despido de un empleo.

¿Usted o algún miembro de su hogar está de huelga actualmente? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, ¿quién?

¿Usted o alguna persona en su hogar de entre 16 y 60 años de edad renunció a un empleo o fue despedido de un empleo en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, ¿quién?
Nombre del empleador: Fecha en que cesó el empleo: Fecha de la última paga: Suma de la última paga: $

¿Usted o alguna persona en su hogar de 16-60 años de edad redujo la cantidad de horas trabajadas en un empleo en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, ¿quién?

TRABAJO AUTÓNOMO El trabajo autónomo es un negocio que usted posee o opera, tal como cuidado de niños/adultos, construcción, conductor de larga distancia, etc.

¿Usted o alguna persona en su hogar es un trabajador autónomo? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, por favor complete los siguientes ingresos de trabajo autónomo:

NOMBRE	TIPO DE NEGOCIO (cuidado de niños, agricultor, construcción, etc.)	¿CUÁNDO SE INICIÓ EL NEGOCIO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE LE PAGA?	¿CUÁNTO DINERO GANA?

GASTOS DEL TRABAJO AUTÓNOMO Complete lo siguiente para gastos del negocio autónomo mencionado arriba (publicidad, alquiler, costos de transporte, semillas, forraje, comidas, etc.):

TIPO DE GASTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA ESTO?	SUMA PAGADA	TIPO DE GASTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA ESTO?	SUMA PAGADA

OTROS INGRESOS Otros ingresos es dinero recibido por su hogar de fuentes que no sean trabajo. (Seguro Social, VA, Manutención para hijos, SSI, Desempleo, Pensiones, Beneficios de jubilación, dinero dado a usted o a su hogar, etc.)

¿Usted o algún miembro de su hogar tiene ingresos de otra fuente? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, por favor complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA PERSONA CON OTROS INGRESOS	¿CUÁL ES LA FUENTE DE LOS INGRESOS?	¿CUÁNDO COMENZARON ESTOS INGRESOS?	¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE ESTOS INGRESOS?	¿CUÁNTO RECIBE ANTES DE QUE SE DESCUENTEN IMPUESTOS Y DEDUCCIONES?

GASTOS MÉDICOS Ejemplos de gastos médicos: seguro, copagos, dentaduras postizas, visitas a consultorio, anteojos/lentes de contacto, cuentas hospitalarias, sistemas de alerta, medicamentos, primas de Medicare, audífonos, cuidado en el hogar, millaje/alojamiento, transporte para atención médica, etc.

¿Usted o algún miembro de su hogar tiene gastos médicos? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, por favor complete lo siguiente:

¿QUIÉN PAGA ESTE GASTO?	TIPO DE GASTO MÉDICO	SUMA PAGADA	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA ESTO?

¿Cuántas millas conduce por mes desde su casa para recibir atención médica o buscar recetas?

GASTOS DE REFUGIO ¿Tiene el hogar gastos de refugio? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, por favor complete lo siguiente:

¿Recibe usted asistencia con la vivienda (Sección 8, HUD u otra asistencia de vivienda pública) o alguien le ayuda a pagar estos gastos? ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido el hogar asistencia con energía en la dirección actual en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿QUIÉN PAGA ESTE GASTO?	TIPO DE GASTO QUE SE ESTÁ PAGANDO (alquiler, hipoteca, basura, electricidad, gas, agua, alcantarillado, teléfono, etc.)	SUMA PAGADA	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA ESTO?	¿ES ESTE UN GASTO PRINCIPAL DE CALEFACCIÓN O REFRIGERACIÓN?
				☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No

GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTE(S) Los gastos de cuidado de dependiente(s) pueden ser gastos pagados por el cuidado de un niño o de un adulto mientras usted está en el trabajo o en la escuela.

¿Usted o un miembro de su hogar paga a alguien que no pertenezca al hogar por gastos de cuidado de dependiente(s)? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, por favor complete lo siguiente:

¿QUIÉN PAGA ESTE GASTO?	¿PARA QUIÉN ES EL CUIDADO?	SUMA PAGADA	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA ESTO?

¿Cuántas millas conduce usted por mes desde su casa hasta el proveedor de cuidado de dependiente(s)?

GASTOS POR ORDEN JUDICIAL Los Gastos por Orden Judicial son manutención de cónyuge, manutención de hijo(s), atrasos, o cualquier gasto que un tribunal haya ordenado que usted o un miembro del hogar paguen.

¿Usted o algún miembro de su hogar está pagando gastos por orden judicial? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, por favor complete lo siguiente:

¿QUIÉN PAGA ESTE GASTO?	TIPO DE GASTO QUE SE ESTÁ PAGANDO	¿PARA QUIÉN SE PAGA ESTE GASTO?	SUMA DE LA OBLIGACIÓN	SUMA PAGADA	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA ESTO?

*** La División de Apoyo Familiar utiliza los datos del sistema de Manutención de Hijos de Missouri para verificar la manutención de hijo(s) pagada a usted o la manutención de hijo(s) pagada a otro hogar.**

DERECHOS DE NO DISCRIMINACIÓN Y AUDIENCIA JUSTA: El Departamento de Agricultura de las Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con difícultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de trasmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

Para obtener Más información acerca de cuestiones del programa SNAP, las personas deben contactar al número de línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a State Information/Hotline Numbers (dé clic en el enlace para obtener un listado de números de línea directa por estado); lo puede encontrar en internet en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. EL USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

La recolección de información en esta solicitud, incluyendo el No. de Seguro Social de cada miembro del hogar, está autorizada bajo la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036. Se utiliza esta información para determinar la elegibilidad o continuidad de la elegibilidad para el Programa de Cupones para Alimentos. Se verifica la información a través de programas informáticos de correspondencia de datos. Se utiliza esta información para controlar el cumplimiento de normas de programa y para la gestión del programa. Se puede divulgar esta información a otras agencias federales y estatales para examen oficial, y a las fuerzas del orden público para la captura de personas en fuga para evadir la justicia. En el caso de un pago excesivo de beneficios, esta información podrá ser remitida a agencias federales y estatales, así como a agencias de cobranza de reclamos privadas para acciones de cobranza de reclamos.

No venda sus beneficios de cupones para alimentos por dinero. No mienta ni oculte información para obtener beneficios que su hogar no debería obtener. No utilice los beneficios de asistencia con alimentos para comprar artículos no alimenticios, tales como bebidas alcohólicas o cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito. No utilice ni tenga en su poder tarjetas EBT que no sean suyas y no permita que otras personas utilicen su tarjeta.

NOTIFICACIÓN Y ACUSE DE RECIBO DE DISPOSICIONES ASOCIADAS AL FRAUDE

Es contra la ley mentir para recibir Cupones para Alimentos o vender o canjear sus beneficios de Cupones para Alimentos. Las solicitudes excesivas de tarjeta de Transferencia de Beneficios Electrónica (EBT) pueden resultar en una remisión para investigación de fraude.

7 USC 2015 (b)(1) Cualquier persona que cualquier tribunal estatal o federal o agencia administrativa haya encontrado que ha realizado intencionalmente una declaración falsa o engañosa, o haya tergiversado, ocultado u omitido hechos o cometido cualquier acto que constituya una violación de esta Ley, las normas emitidas a partir de la misma, o cualquier ley estatal, con la finalidad de utilizar, presentar, transferir, adquirir, recibir o poseer beneficios de Cupones para Alimentos, inmediatamente después de que se haya tomado dicha determinación, perderá la elegibilidad para futura participación en el Programa por un período de 1 año en la primera ocasión de dicha determinación, 2 años en la segunda ocasión, y permanentemente en la tercera ocasión.

7 USC 2024 (b), (c) y (h) Cualquier persona que, a sabiendas, utilice, transfiera, adquiera, altere o posea beneficios de Cupones para Alimentos o dispositivos de acceso de manera contraria a la Ley de Alimentos y Nutrición está sujeta a una multa y encarcelamiento. Al ser condenada, los castigos incluyen una multa de $250,000 y/o encarcelamiento durante 20 años si el valor de los beneficios o dispositivos de acceso es de $5,000 o más. Si el valor es inferior a $5,000 pero superior a $100, los castigos incluyen una multa de $10,000 y/o encarcelamiento durante 5 años. Si el valor es inferior a $100, los castigos incluyen una multa de $1,000 y/o encarcelamiento durante 1 año. Cualquier persona que presente para pago o reembolso beneficios o dispositivos de acceso recibidos, transferidos o utilizados ilegalmente está sujeta a una multa de $20,000 y/o encarcelamiento durante 5 años si el valor de los beneficios es de $100 o más. Si el valor es inferior a $100, los castigos incluyen una multa de $1,000 y/o encarcelamiento durante 1 año. Cualquier persona condenada por delitos mayores relacionados con las transacciones mencionadas arriba también está sujeta a la confiscación de toda propiedad personal utilizada en dichas transacciones por los Estados Unidos. **Además de dichas penalidades, cualquier persona puede estar sujeta a enjuiciamiento bajo otras leyes federales y estatales aplicables y su participación en el Programa de Cupones para Alimentos puede ser suspendida por el tribunal por 18 meses adicionales.**

7 USC 2015 (b) (I) (iii) (IV) y 2015 (j). Cualquier persona condenada por tráfico de beneficios de Cupones para Alimentos de $500 o más será descalificada permanentemente para el Programa de Cupones para Alimentos con la primera transgresión. Cualquier persona que una agencia estatal haya encontrado que realizó, o haya sido condenada en un tribunal federal o estatal por haber realizado declaraciones fraudulentas sobre la identidad o la residencia a fin de recibir múltiples beneficios de Cupones para Alimentos simultáneamente, no será elegible para participar en el Programa de Cupones para Alimentos durante diez (10) años a partir de la fecha de dicha determinación de la agencia o dicha condena en un tribunal federal o estatal.

7 USC 2015 (b) (1). Cualquier persona condenada en un tribunal federal, estatal o local por canjear beneficios por sustancias controladas, drogas ilegales o ciertas drogas que requieren una receta médica serán excluidas del Programa de Cupones para Alimentos durante 2 años por la primera transgresión y permanentemente por la segunda transgresión. Cualquier persona condenada por canjear beneficios por armas de fuego, municiones o explosivos será excluida permanentemente del Programa de Cupones para Alimentos por la primera transgresión.

7 USC 2015(k). Cualquier persona que sea un delincuente fugitivo o un violador de libertad condicional/libertad bajo palabra no es elegible para participar en el Programa de Cupones para Alimentos.

De acuerdo con la Sección 570.030, RSMo el robo de beneficios de asistencia pública es un delito mayor de la Clase C si el valor de los beneficios es de $750 o más. El castigo incluye encarcelamiento por hasta siete años y una multa que no superará los $5,000. Si el valor de los beneficios es inferior a $750, el delito es un delito menor de la Clase A.

Lea esta página detenidamente antes de firmarla. Al firmar, usted certifica que comprende las declaraciones en esta página. Usted certifica que comprende la información provista en este formulario y durante la entrevista debe ser veraz y preciso(a); de lo contrario, estará sujeto(a) a las penalidades mencionadas arriba.

Yo/nosotros autorizo/autorizamos al Director de la División de Apoyo Familiar y/o su designado a investigar mis circunstancias y declaraciones. Comprendo que es contra la ley obtener o intentar obtener beneficios de Cupones para Alimentos a lo que no tengo derecho, u obtener o intentar obtener beneficios de Cupones para Alimentos por una suma superior a la que tengo derecho. Comprendo que cualquier alegación o declaración falsa, u omisión de cualquier hecho material, ya sea parcial o integralmente, en este formulario o durante la entrevista, me supeditará a enjuiciamiento penal y/o civil.

FIRMA: Por la presente, certifico que comprendo las preguntas en este formulario y las penalidades por realizar declaraciones falsas u omitir información. Bajo la pena de perjurio, certifico que he brindado declaraciones veraces, precisas y completas a mi mejor saber y entender, para cada miembro del hogar para el que presento la solicitud. Comprendo que cualquier gasto que yo no informe y compruebe, cuando me sea solicitado, no se utilizará para calcular mis beneficios de Cupones para Alimentos.

FIRMA	**FECHA**
Firma del testigo	Fecha