

# SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA PARA LOS DESPLAZADOS POR EL HURACAN KATRINA

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE (NOMBRE, INICIAL DEL NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)		<b>SOLO PARA USO DEL CONDADO</b>	
2. NOMBRE DE SOLTERA U OTRO NOMBRE (SI HA USADO ALGUNO)		CASE NAME	
3. DIRECCION ACTUAL: NUMERO CALLE		CASE NUMBER	
4. DIRECCION PARA RECIBIR CORREO (SI ES DIFERENTE)		DATE RECEIVED	
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL	CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL		
5. NUMERO(S) DE TELEFONO: HOGAR ( )	MENSAJES ( )	Verification Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6. El 29 de agosto de 2005, ¿era usted residente de una área afectada por el Huracán Katrina ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es "SI", ¿de qué ciudad, condado ( <i>county/parish</i> ) y estado viene?		Sworn Statement <input type="checkbox"/>	
7. ¿Para cuántas personas desplazadas por el Huracán Katrina que están ahora con usted está solicitando los beneficios? _____			
<b>Solo para uso del condado</b> <b>County Use/Comments</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta, y completa.</li> </ul>			
8. FIRMA (O MARCA) DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO		FECHA EN QUE FIRMO	COUNTY OF APPLICATION
FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA O FIRMA DEL INTERPRETE		FECHA EN QUE FIRMO	COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)