

USDA-FFWR Grantee Partnership
APLICACION
REFERIDO Y ENCUESTA DE PRE-CALIFICACIÓN

Nombre/Título del Personal del Proyecto: _____

Fecha de referido o solicitud: ___/___/____ Llenar como referido Llenado La Aplicación Completa
(marque uno)

La/El solicitante está solicitando en nombre de un cónyuge/padre fallecido (marque si corresponde)

Organización/Nombre del grupo: _____

Condado actual: _____ Estado: _____

Prefijo: _____ (Sra., Sr., etc.) Sufijo: _____ (Jr., Sr., etc.)

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Apellido: _____

Apellido: _____ Apellido: _____

Teléfono Principal: (____) _____ Mejor Hora Para Hablarle: _____ am pm

Teléfono Secundario: (____) _____ Mejor Hora Para Hablarle: _____ am pm
(Marque Uno)

PREGUNTAS DE PRE CALIFICACIÓN

¿Este contacto ocurrió en el lugar de trabajo del solicitante? Si No *Si la respuesta es Si*, por favor describe el lugar de trabajo y el tipo de trabajo que estaba haciendo la solicitante y pregúntale si puedes tomarle una foto (*se va necesitar el permiso para utilizar su foto*): Trabajo Agrícola Procesadora/o de Carne
 Otro: _____

1. ¿El solicitante (o cónyuge/padre fallecido) trabajó como trabajador agrícola, ganadero o en procesadoras de carne durante el período elegible de COVID-19 (27 de enero de 2020 al 11 de mayo de 2023)? En caso que Si, continúe y marque la categoría de trabajo: Trabajador Agrícola
 Ganadero Procesadora de Carne

¿Puede el solicitante comprobar una prueba de trabajo? Sí No

2. ¿Tiene el solicitante potencial algún documento de identificación elegible (explíquelo sobre los documentos elegibles)? Sí No

3. ¿Ha recibido la solicitante beneficios del USDA-FFWR en el estado actual o en otros estados?

Si No o No Sabe

(explique): _____

Firma del Personal del Proyecto

Fecha Que Se Completó

Declaración De NO-Discriminación: USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades. Para obtener más información, consulte el siguiente enlace:

<https://www.usda.gov/non-discrimination-statement>

USDA-FFWR Grantee Partnership
AUTO-CERTIFICACIÓN Y SOLICITUD
 (Utilizado por Alianza's USDA Project Partners)

Verification on -Aeyon DB #: _____
 USDA-FFWR Grantee Partnership DB #: _____
 Payment method #: _____
 Staff Name: _____ (Completed Box)

La/El solicitante está solicitando en nombre de un cónyuge/padre fallecido (*marque si corresponde*)

Método de completar la solicitud: Remoto: envió en línea En persona: en dispositivo digital Envío en papel

Nombre Completo del Aplicante (Nombre, Middle Name y Apellido(s): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Genero: M o H Otro: _____ Etnia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____ Mejor Hora Para Llamar: _____ am pm
 (Marque Uno)

Correo electronico: _____

Idioma de Preferencia: Español Inglés Creole Otro: _____

1. ¿Ha sido empleado como trabajador agrícola, ganado o empacador de carne durante COVID-19 (desde el 27 de enero del 2020)? Si No

2. Historial (tiempo) de empleo agrícola, ganado, o empacadoras de carne: _____ Permanente (local)
 Migrante; para otros estado(s) : _____ H2A -regreso a mi país: _____

3. Nombre de la Empleadora /Compañía actual: _____

Nombre(s) del Empleador/Compañía: _____

Nombre(s) del Empleador/Compañía: _____

4. ¿Tuviste algún gasto relacionado con COVID? Si No; Si *la respuesta es Sí*, vaya a la pregunta #5

5. ¿Qué tipo de gastos de COVID tuviste? PPE Cuidado de Niños Doctor/Hospital Medicamento

5a. Otro gasto relacionado a COVID (explicación): _____

6. ¿Perdiste horas/días o perdiste un trabajo debido a COVID? Si No (explicación): _____

Tipo de Trabajador	SOC	Títulos Asociados al Trabajo	Marque
Trabajadores de Agrícola	45-2041	Clasificadoras y Seleccionadoras, Productos Agrícolas	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Agrícola	45-2091	Operadores de uso Equipos Agrícolas	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Agrícola	45-2092	Campesinos y Obreros, Cultivos, Viveros e Invernaderos	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Agrícola	45-2099	Trabajadoras agrícolas, Todas los Demás	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Agrícola	53-7064	Empacadores y Empacadores, Mano	<input type="checkbox"/>
Trabajadores del Ganado	45-2041	Clasificadoras y Seleccionadoras, Productos Agrícolas	<input type="checkbox"/>
Trabajadores del Ganado	45-2093	Trabajadores agrícolas, granjas, ranchos y animales acuícolas	<input type="checkbox"/>
Trabajadores del Ganado	45-2099	Trabajadoras agrícolas, Todos los Demás	<input type="checkbox"/>
Trabajadores del Ganado	53-7064	Empacadores y Empacadores, Mano	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Empacadoras de Carne	51-3023	Mataderos y Empacadores de Carne	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Empacadoras de Carne	51-3022	Cortadoras y Recortadoras de Carne, Aves y Pescado	<input type="checkbox"/>

El tipo de trabajador está determinado por lo que el empleado fue contratado principalmente para hacer, no necesariamente qué trabajo se hizo durante la pandemia. Para el propósito de este programa de ayuda, no incluimos supervisores o gerentes de estas categorías de trabajo clasificadas como (Supervisores de trabajadores profesionales y técnicos) por los Estados Unidos Oficina de Estadísticas Laborales Información Estándar de Clasificación Ocupacional.

Los tipos de trabajadores incluyen:

Trabajadores del Campo “Trabajadores agrícolas”: Empleados que se dedican a la siembra, el cuidado, la cosecha de cultivos y las actividades posteriores a la cosecha como se indica anteriormente, incluida la operación de maquinaria agrícola en granjas de cultivos.

Trabajadores del ganado: Empleados que cuidan ganado, ordeñar vacas o cuidar aves de corral, incluida la operación de maquinaria agrícola en operaciones de ganado o aves de corral.

Trabajadores de empacadoras (procesadoras) de carne: empleados que se dedican al sacrificio de animales y al procesamiento de carnes o aves, incluido el empaque de carnes o aves (incluidos los cortadores de pescado).

Sección de Autocertificación

Al poner sus iniciales en las siguientes siete (7) declaraciones, certifica que todo lo proporcionado es verdadero según su leal saber y entender (asegúrese de completar también el certificado de recibo de Empleo y COVID):

_____ Certifico que la información que presenté en esta solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

_____ Yo, el firmante, además entiendo que proporcionar representaciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la cancelación de mi solicitud.

_____ Además, entiendo que la información proporcionada todavía está sujeta a verificación para mi elegibilidad.

_____ Además, doy fe de que había incurrido en gastos relacionados con COVID.

_____ Le doy mi permiso a la (nombre de la organización) _____ para contactar a otros proveedores de ayuda USDA para verificar que no he sido previamente un destinatario de pagos del programa FFWR.

_____ Reconozco que se me ha explicado el proceso de apelación, en el idioma que escogí, y garantizo que entiendo completamente que se me dará la oportunidad de apelar mi solicitud sobre la base de información faltante o si mi identidad o (información similar) aparece en el sistema de pago de FFWR.

_____ Yo certifico que no me cobraron o no le pagué a nadie para completar esta solicitud de Alivio.

El siguiente espacio se ha proporcionado para cualquier explicación adicional que aclare las preguntas que se encuentran en las páginas 1 a 3, que incluyen: solicitud del solicitante a través de un familiar fallecido, identificación, trabajo, gastos relacionados con COVID o elementos de autocertificación, etc.:

¿Cómo se enteró del alivio de pago del USDA? Amigo/a CHOW Volante Afiche/”Poster” Internet
 Evento comunitario Lugar de trabajo TV (estación): _____
 Radio (estación): _____ Otra Manera: _____

Firma del Solicitante

Nombre del Solicitante

Fecha de Completar la Solicitud

Firma del Trabajador@

Fecha de Completar la Solicitud

USDA-FFWR Grantee Partnership
CERTIFICACIÓN DE RECIBOS DE EMPLEO Y COVID

Este _____ día de _____ (Mes/año), bajo penalidades de perjurio, YO juro (o afirmo) que he sido trabajador agrícola, trabajador de ganado o empackado de carne y he tenido gastos relacionados con COVID-19. Los gastos relacionados con COVID-19 son uno de los siguientes gastos calificados:

Gastos calificados relacionados con COVID

- Máscaras
- Pruebas COVID-19
- Internet (niños)
- Equipo de Protección Personal
- Atención hospitalaria
- Ambulancia
- Viaje a las instalaciones médicas
- Medicamentos
- Atención post alta
- Pérdida de trabajo
- Cuidado infantil
- Costos de alojamiento u hotel
- Medicamentos preventivos y suplementos
- Gastos funerarios
- Desinfectante de manos
- Jabon
- Viajar a Un Nuevo Trabajo Seguro
- Despensa/Mandado (Niños ya no reciben almuerzo escolar, etc.)
- Utilidades
- Aumento de la ropa
- Cuidado de enfermos
- Cambios en el transporte
- Limpieza del hogar
- Aumentos en el costo / gastos en artículos cotidiano

Explicación del *trabajo y gastos que el solicitante (beneficiarios potenciales) acredite haber tenido durante COVID-19 (período elegible)*:

Nombre completo del solicitante: _____

Firma del solicitante: _____

Fecha de nacimiento del aplicante : _____

Nombre del miembro del personal del proyecto: _____

Nombre de la organización o del grupo: _____

Condado donde se completa la solicitud: _____

¿El solicitante vive permanentemente en este condado? ___ Si o ___ No: Explique: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

USDA-FFWR Grantee Partnership

APLICACION

Autorización Para Compartir Información

Yo, _____ (Nombre completo y Apellido(s) autorizo
(_____)) (el nombre de la organización) a compartir información verbalmente o visualmente sobre el pago de alivio de \$600 de FFWR que estoy solicitando del USDA. Reconozco y doy permiso para que mi información sea ingresada en la Base de Datos de Asociaciones de Beneficiarios USDA-FFWR y transmitida al Sistema de Base de Datos de Aeyon (una organización asociada del USDA) donde mi información será salvaguardada y solo será utilizada con el propósito de mantener un registro de mí obteniendo un pago de alivio. Entiendo que el propósito de divulgar esta información es para:

- La organización para verificar que he recibido o no algún pago de Alivio para Trabajadores Agrícolas y de Alimentos del USDA-AMS de esta organización, sus socios y otras organizaciones que reciben fondos para proporcionar estos pagos de ayuda. Esta versión cubre las entidades en el estado de mi aplicación FFWR, así como otros estados donde hay otras entidades concesionarias FFWR
- Nosotros (la organización que completa su solicitud USDA-FFWR) nos pondremos en contacto con usted en caso de que necesitemos comunicarnos con otro receptor de Alivio para Trabajadores Agrícolas y de Alimentos del USDA-AMS fuera de nuestra asociación. Usted tiene derecho a saber con quién nos estamos comunicando, su número de teléfono y el motivo del contacto necesario haciendo referencia a su solicitud.

Lista de Organizaciones	Persona(s) de Contacto	Numeros de Telefono
1. Alianza Nacional de Campesinas 2. Líderes Campesinas (California) 3. Campesinos Sin Fronteras 4. Rural Coalition 5. Worker's Center of Central New York 6. Otros USDA-AMS Farm & Food Worker Relief becantes <small>(la información de contacto se agregará según sea necesario)</small>	1. Marisol Saucedo, Supervisora Nacional de Coordinación 2. Juanita Montoya, Gerente de Proyecto 3. Edward Sanchez, Coordinador de Programa 4. Carine Meyer-Rodrigues, Directora del Proyecto del Campo 5. Jessica Maxwell, Directora Ejecutiva 6.	1. (805) 738-2364 2. (661) 557-5059 3. (928) 627-5995 4. (954) 864-6864 5. (315) 218-5708 6.

Esta autorización de compartir la información se expira en dos (2) meses a partir de la fecha firmada por el solicitante el (insertar fecha de vencimiento) _____.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha :** _____

Yo, por la presente, **REVOCO** la autorización a la Asociación de Beneficiarios USDA-FFWR para compartir cualquier información a las organizaciones que aparecen a continuación. Entiendo que revocar mi autorización para divulgar mi información me hará no cumplir con los requisitos del USDA-FFWR, lo que puede poner en peligro mi elegibilidad.

Lista de Organizaciones	Persona(s) de Contacto	Numeros de Telefono
1. Alianza Nacional de Campesinas 2. Líderes Campesinas (California) 3. Campesinos Sin Fronteras 4. Rural Coalition 5. Worker's Center of Central New York 6. Otros USDA-AMS Farm & Food Worker Relief grant recipient <small>(la información de contacto se agregará según sea necesario)</small>	1. Marisol Saucedo, Supervisora Nacional de Coordinación 2. Juanita Montoya, Gerente de Proyecto 3. Edward Sanchez, Coordinador de Programa 4. Carine Meyer-Rodrigues, Directora del Proyecto del Campo 5. Jessica Maxwell, Directora Ejecutiva 6.	1. (805) 738-2364 2. (661) 557-5059 3. (928) 627-5995 4. (954) 864-6864 5. (315) 218-5708 6.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

USDA-FFWR Grantee Partnership
ESTADO DE LA SOLICITUD Y CONFIRMACIÓN DE ENVÍO DEL PAGO

Nombre del Solicitante: _____

Fecha en que el solicitante fue informado sobre el estado de la solicitud: _____

Estado de la solicitud: Aprobado Negado Pendiente

Preferencia de pago de alivio del solicitante: Tarjeta de Efectivo Cheque Otro Tipo de Pago
(Escriba el tipo de pago): _____ (Seleccione el que aplique)

Si se niega o está pendiente, proporcione una explicación: _____

Nombre Del Personal (informando al solicitante del estado): _____

El método utilizado para informar al solicitante (sobre el estado de la solicitud) fue informado por:

En-Persona Correo Postal Correo Electrónico Llamada Telefónica Otro

(explique): _____

Dirección Postal Confirmada: _____

CONFIRMACIÓN DE ENVÍO DE PAGO

Nota: El personal volverá a esta parte de la solicitud después de que el beneficiario (el solicitante haya recibido su pago para realizar el seguimiento).

El solicitante confirmó que recibió su pago de alivio de \$ 600 en forma de: tarjeta de efectivo, cheque, giro postal, transferencia bancaria o depósito digital con el número de referencia correspondiente:

(Preguntarle al solicitante que confirme el número de su método de pago)

¿Necesita el solicitante más ayuda para activar su tarjeta de débito o entender cómo funciona su método de pago? Si No

Nota: Si el método de pago fue un cheque, recuerde le al solicitante que debe cobrarlo o depositarlo inmediatamente o dentro de los 90 días o puede vencer.

Firma del personal del proyecto

Fecha de Seguimiento del Pago Con El/a Solicitante

**USDA-FFWR Grantee Partnership
FORMULARIO DE
SOLICITUD DE PAGO**

Fecha de la Solicitud de Pago: _____ Número de Base Datos (Interno): _____

Persona del personal que envía la solicitud: _____

Nombre completo del solicitante (cómo se ingresó en la base de datos):

(Nombre, segundo nombre y apellido(s):) _____

Dirección postal del solicitante: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Preferencia de pago de alivio del solicitante: Tarjeta de Efectivo Cheque Otro
 _____ (Seleccione el que aplique)

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE PAGO

Comprobante de trabajo elegible (con respaldo de verificación en archivo digital)

Tipo de Trabajador	SOC	Títulos Asociados al Trabajo	Marque
Trabajadores de Campo	45-2041	Clasificadoras y Seleccionadoras, Productos Agrícolas	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Campo	45-2091	Operadores de uso Equipos Agrícolas	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Campo	45-2092	Campesinos y Obreros, Cultivos, Viveros e Invernaderos	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Campo	45-2099	Trabajadoras agrícolas, Todas los Demás	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Campo	53-7064	Empacadores y Empacadores, Mano	<input type="checkbox"/>
Trabajadores del Ganado	45-2041	Clasificadoras y Seleccionadoras, Productos Agrícolas	<input type="checkbox"/>
Trabajadores del Ganado	45-2093	Trabajadores agrícolas, granjas, ranchos y animales acuícolas	<input type="checkbox"/>
Trabajadores del Ganado	45-2099	Trabajadoras agrícolas, Todos los Demás	<input type="checkbox"/>
Trabajadores del Ganado	53-7064	Empacadores y Empacadores, Mano	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Empacadoras de Carne	51-3023	Mataderos y Empacadores de Carne	<input type="checkbox"/>
Trabajadores de Empacadoras de Carne	51-3022	Cortadoras y Recortadoras de Carne, Aves y Pescado	<input type="checkbox"/>

Lista de comprobación de documentación:

- # de Base de datos de Aeyon para el solicitante: _____
- USDA-FFWR Grantee Partnership: _____
- Verificación de nivel de riesgo bajo y/o superior al riesgo 3 resuelto
- Verificación de la solicitud completada (en el archivo digital de los solicitantes) Nombre del miembro del personal: _____ (verificación de documentos)
- Identificación legible (En el archivo digital del solicitante)
- Prueba legible de empleo (en el archivo digital del solicitante)
- Gastos calificados relacionados con COVID

<p>Finance Department Use Only: Date Sent Payment to Applicant: _____ Cash Relief Card #: _____ or 2nd Form of Payment: _____ Completed by: _____ (staff name)</p>
