OMB Burden Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0008. The time required to complete this information collection is estimated to average 15.04 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. If you have comments regarding the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: BRD/FNS, Room 400, 3101 Park Center Drive, Alexandria, VA 22302. DO NOT MAIL APPLICATION TO THIS ADDRESS.

# USDA - FOOD STAMP APPLICATION FOR STORES

Form Approved
OMB No 0584-0008
Expiration Date 03/09

FOR FNS USE ONLY

| Date Authorized MM | DD | YYYY | FNS Number | County Code | A/B | Authorization Initials |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2 0 | | | | |

FNS Tracking Number

SUBMIT APPLICATION TO FIELD OFFICE SHOWN ON COVER LETTER.

The purpose of the Food Stamp Program is to promote nutrition and health among low-income people. The USDA seeks to operate the Food Stamp Program through retail grocery stores that consistently stock a variety of staple foods in each of the four food groups or who do 50% or more of their gross sales in staple foods. Please answer each of the following items completely and accurately so we may determine your store's eligibility to accept food stamp benefits.

SEE EXAMPLE BELOW: Please use a pen, not a pencil.
Write like this: A R T ' S M A R K E T

Shade circles like this: ●
Not like this: ⊗ ✓

## BASIC STORE INFORMATION

1. Store Name

2. Store Location Address (Do Not Use Post Office Box)
   Street Number Street Name
   City State Zip Code –
   County

3. Store Mailing Address (Do not complete if the same as #2 above)
   Street Number Street Name (or Post Office Box)
   City State Zip Code –

4. Telephone Number – Fax Number (If applicable) –
   Alternate Phone Number –
   E-Mail address: (If applicable)

5. Shade the box that best describes your store:

- ◯ Supermarket
- ◯ Grocery Store
- ◯ Convenience Store
- ◯ Delivery Route
- ◯ Farmers Market/Produce Stand
- ◯ Other (describe): _____
- ◯ Drug Store
- ◯ Super Store

6. Federal Employer Identification Number (EIN): ☐☐ — ☐☐☐☐☐☐☐
(If applicable)

An EIN is a nine-digit number assigned by the Internal Revenue Service (IRS). The IRS uses the number to identify businesses that are required to file certain Federal tax returns.

## OWNERSHIP INFORMATION

7. Type of Ownership - Shade one type:

- ◯ Sole Proprietorship
- ◯ Limited Liability Company
- ◯ Government-owned (If you shade this item, skip to #10)
- ◯ Partnership
- ◯ Cooperative
- ◯ Limited Liability Partnership
- ◯ Privately-held corporation
- ◯ Publicly-owned corporation (If you shade this item, skip to #9)

8. a. Enter primary owner(s) or major shareholder(s) if the store is owned by one or more people or a private corporation. In community property States, the spouse's information must be entered. Community property states are: Arizona, California, Idaho, Louisiana, Nevada, New Mexico, Texas, the state of Washington and Wisconsin. Enter officer's information if the store is owned by a cooperative. Print name as it appears on the social security card.

First Name ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Middle Name ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Last Name ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Street Number ☐☐☐☐☐☐☐☐ Street Name (or Post Office Box) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

City ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ State ☐☐ Zip Code ☐☐☐☐☐ — ☐☐☐☐

Title ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Social Security Number ☐☐☐ — ☐☐ — ☐☐☐☐ Date of Birth: MM/DD/YYYY ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

b. Enter other owners/shareholders or officer information (If any):

First Name

Middle Name

Last Name

Street Number

Street Name (or Post Office Box)

City

State

Zip Code

Title

Social Security Number

Date of Birth: MM/DD/YYYY

NOTE: If there are more owners, shareholders or officers, enter the same information above on the Attachment on page 5.

---

9. Is this store a franchise? ◯ Yes ◯ No

10. Enter name and address of parent corporation or franchise (If applicable):

Name

Street Number

Street Name (or Post Office Box)

City

State

Zip Code

Telephone Number

Fax Number (If applicable)

E-Mail address: (If applicable)

11. When did or when will the store open for business under this ownership? M M / D D / Y Y Y Y

12. a. Will this store be open year round? ◯ Yes, (If yes, skip to #12c.) ◯ No

b. If no, shade all months you will be open:

◯ Jan ◯ Feb ◯ Mar ◯ Apr ◯ May ◯ Jun ◯ Jul ◯ Aug ◯ Sept ◯ Oct ◯ Nov ◯ Dec

c. Will this store be open 7 days, 24 hours? ◯ Yes, (If yes, skip to #12e.) ◯ No

d. Print your store hours and days of operation:

Shade Days Closed: ◯ Mon ◯ Tues ◯ Wed ◯ Thu ◯ Fri ◯ Sat ◯ Sun

e. How many cash registers do you have?

## ELIGIBILITY INFORMATION

13. Estimate your annual RETAIL sales: (all food and non-food items at this location) $ ☐,☐☐☐,☐☐☐,☐☐☐.00 cents

14.a. Do you sell all the items listed below? ◯ Yes ◯ No

(If yes, skip to item #14c) (If no, complete item #14b)

b. Shade the following items your store stocks and sells:

| Bread/Cereal | Dairy Products | Fruits/Vegetables | Meat/Poultry/Fish |
|---|---|---|---|
| ◯ Bread | ◯ Milk | ◯ Fresh Fruits/ Vegetables | ◯ Beef |
| ◯ Cereal | ◯ Cheese | ◯ Canned Fruits/ Vegetables | ◯ Chicken |
| ◯ Pasta | ◯ Butter | ◯ Frozen Fruits/ Vegetables | ◯ Pork/Bacon/Ham |
| ◯ Rice | ◯ Infant Formula | ◯ 100% Fruit/Vegetable Juices | ◯ Fish/Shellfish |
| ◯ Flour | ◯ Yogurt | ◯ Other _____ | ◯ Eggs |
| ◯ Grains | ◯ Other _____ | | ◯ Sandwich Meats/Hot Dogs |
| ◯ Other _____ | | | ◯ Canned Meats/Fish |
| | | | ◯ Other _____ |

c. Estimate the percentage (%) of your annual retail sales (#13) that comes from the items above ☐☐☐ %

15. a. Shade the types of foods below your store stocks and sells:

◯ Condiments/Spices ◯ Cold Sandwiches ◯ Candy

◯ Coffee/Tea/Cocoa ◯ Prepared Salads/Foods ◯ Carbonated/Noncarbonated Drinks

b. Estimate the percentage (%) of your annual retail sales (#13) that comes from the types of items you shaded in #15a. ☐☐☐ %

16. Estimate the percentage (%) of your annual retail sales (#13) that comes from the sale of hot foods and non-food items such as: Gas, Tobacco, Alcoholic Beverages, Lottery Tickets, Paper and Cleaning Products, etc. ☐☐☐ %

NOTE: Boxes #14c, #15b, and #16 should total 100%

17. a. In addition to sales to the general public, will this location do business as a WHOLESALER to other businesses, hospitals, restaurants, etc.? ◯ Yes ◯ No

(If yes, complete #17b) (If no, skip to #18)

b. Estimate your annual sales to these businesses (all food and non-food): $ ☐,☐☐☐,☐☐☐,☐☐☐.00 cents

18. Has the owner(s), manager(s), and/or officer(s) ever had a license denied, withdrawn, or suspended, or been fined for license violations (i.e., Food Stamps, WIC, business, alcohol, tobacco, lottery, or health licenses)? ◯ Yes ◯ No If "yes", please provide an explanation on page 6 of the attachment.

19. Has any individual involved in the ownership or management of the firm ever been convicted of any crime? ◯ Yes ◯ No If "yes", please provide an explanation on page 6 of the attachment.

ATTACHMENT

8. (Continued): OTHER OWNERS, SHAREHOLDERS, OR OFFICERS' INFORMATION: ☐ NA

First Name

Middle Name

Last Name

Street Number

Street Name (or Post Office Box)

City

State

Zip Code

Title

Social Security Number

Date of Birth: MM/DD/YYYY

First Name

Middle Name

Last Name

Street Number

Street Name (or Post Office Box)

City

State

Zip Code

Title

Social Security Number

Date of Birth: MM/DD/YYYY

18. (Continued): If you answered "yes", please provide an explanation:

19. (Continued): If you answered "yes", please provide an explanation:

**Privacy Act Statement** - Section 9 of the Food Stamp Act of 1977, as amended, (Title 7 U.S.C. 2011 et seq.) authorizes collection of this information. The primary use of this information is for the Food Stamp Program. Additional disclosures of the information may be made to other FNS programs within Federal, State or local offices and investigative authorities, including local law enforcement agencies, when the Food Stamp Program becomes aware of a violation or possible violation of the Food Stamp Act, as explained in the next section of this document called "Use and Disclosure" [Title 7 U.S.C. 2018(c) Title 26 U.S.C. 6109(f), Title 42 U.S.C. 405(c) and Title U.S.C. 770119].

Where the owners' identification number is your Social Security Number (SSN), collection of this information is authorized by Section 271.1(b) of program regulations. Under this Section, we are also allowed to collect your Employee Identification Number (EIN) and tax information. We can only share SSNs and EINs with other Federal agencies which are allowed by law to have these numbers in their own records [Title 26 U.S.C. 7213 and Title U.S.C. 20189c]. Furnishing the information on this form, including your SSN and EIN, is voluntary, but failure to do so may result in disapproval of this application.

If FNS or the Food Stamp Program uses the information furnished on this form for purposes other than those indicated on the form, it may provide you with an additional statement reflecting those purposes.

**Use and Disclosure** - We may use computers to check this information you give us against the information kept by other Federal agencies to ensure that the information you gave us is true, including SSNs and EINs. We will use the information you give us for managing and enforcing the food stamp laws and rules. We can share SSNs and EINs with the Department of Justice for lawsuits and with the Treasury Department or other Federal agencies for reporting and collecting monies owed to us, including taking what you owe us out of a future Federal tax refund, Federal salary, or Federal benefit you may receive (7 U.S.C. 2022 and 31 U.S.C. 3711). The information you give us (except SSNs and EINs) can also be shared with: (1) private collection agencies for collecting monies owed to us; (2) with local police and Federal and State agencies responsible for enforcing the Food Stamp Act or any other Federal and State laws and rules; (3) State agencies responsible for the Special Supplemental Nutrition Program for Woman, Infants and Children (WIC).

**Penalty Warning Statement** - We can turn down or take away our approval for you to take food stamp benefits as payment for food sold in your store if you: (1) lie or give us untrue information; or (2) try to hide information we ask you to give us. If you lie, give us untrue information, or hide information from us, you and the people who own the store, can be made to pay $10,000 or be put in jail for as long as five years or both (7 U.S.C. 2024 and 18 U.S.C. 1001).

**Certification and Signature** - By signing your name on this application, you are telling us that: (1) you are the store owner or that the store owner(s) have asked you to apply for them; (2) the information you and/or the owner(s) gave us on this form, or papers we asked for, is true; (3) you read and understand all the information on this sheet; (4) you cannot treat food stamp customers differently than other customers; (5) you understand that you and the person(s) for whom you are applying are responsible for stopping workers, paid or unpaid, from breaking food stamp rules such as, but not limited to: (a) trading cash for food stamp benefits; (b) taking food stamp benefits from people not allowed to use them; (c) taking food stamp benefits to pay on a credit account or loan; (d) taking food stamp benefits to pay for items not allowed to be paid for with food stamp benefits. We can take away a store's right to take food stamp benefits as payment for food sold in your store if any owner(s), manager(s), or anyone working in the store violates any of the food stamp law or rules.

## AGREEMENT

I UNDERSTAND AND AGREE:

- I have authority to contract for the firm.
- I have provided truthful and complete information on this form.
- I hereby agree to release to the Department of Agriculture (USDA), by my signature below, my tax records and also to allow USDA to verify the accuracy of information submitted with this application.
- Any information I provide may be verified and shared by/with other agencies as described on the attachment.
- If I provide false information, my application may be denied or withdrawn.
- I accept responsibility to report changes in the firm's ownership, address, type of business, and operation to the FNS Field Office.
- I will follow, and ensure employees will follow, the Food Stamp Program regulations. I am aware that violations of program rules can result in fines, legal sanctions, withdrawal, or disqualification from the Food Stamp Program.
- I accept responsibility on behalf of the firm for violations of the Food Stamp Program regulations, including those committed by any of the firm's employees, both paid or unpaid, new, full-time or part-time. These include violations, such as but not limited to:
  - Treating food stamp customers differently than other customers
  - Trading cash for food stamp benefits
  - Knowingly accepting food stamp benefits from people not authorized to use them
  - Accepting food stamp benefits as payments on credit accounts or loans
  - Accepting food stamp benefits as payments for ineligible items
- Participation can be denied or withdrawn if my firm violates any laws or regulations issued by Federal, State, or local agencies, including civil rights laws and their implementing regulation. In addition, disqualification from the WIC Program may result in Food Stamp Program disqualification.
- Participation in the Food Stamp Program requires that I will not discriminate against any customer on the grounds of race, color, national origin, age, sex, handicap (disability), political belief or religion; and that I will immediately take any measures necessary to make sure that my customers are not discriminated against.
- Any individual or firm accepting or redeeming food stamp benefits, if not authorized to do so, is subject to substantial fines and administrative sanctions.
- I have read and understand the Privacy Act Statement, Warnings, and Certification as provided.

**X** _____ Signature

_____ Date Signed

_____ Print Name

_____ Print Title

In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture policy, your institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, political beliefs or disability.

To file a complaint of Discrimination, write: USDA, Director, Office of Civil Rights
Room 326W, Whitten Building
DO NOT MAIL APPLICATION TO THIS ADDRESS: ► 1400 Independence Avenue, SW.
Washington, D.C. 20250-9410

Declaración de la OMB (Oficina de Gestión y Presupuesto de EE.UU.) sobre la carga de informar: De conformidad con la Ley de Disminución del Papeleo de 1995 (*Paperwork Reduction Act of 1995*), no podrá exigirse a persona alguna que responda a un sondeo de recabación de información, salvo que éste muestre un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para este formulario de recabación de información es 0584-0008. El tiempo requerido para llenar este formulario de recabación de información se estima en un promedio de 15.04 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para repasar las instrucciones, hacer búsquedas en las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener la información necesaria y llenar y repasar el formulario. Si tiene alguna observación respecto de la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: BRD/FNS, Room 400, 3101 Park Center Drive, Alexandria, VA 22302. NO ENVÍE LA SOLICITUD A ESTA DIRECCIÓN

# USDA - SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A LAS TIENDAS PARA ACEPTAR CUPONES PARA ALIMENTOS

Formulario Aprobado
Nº de la OMB 0584-0008
Fecha de Vencimiento 03/09

FOR FNS USE ONLY

| Date Authorized MM | DD | YYYY | FNS Number | County Code | A/B | Authorization Initials |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2 0 | | | | |

Número de Seguimiento del FNS (FNS Tracking Number)

ENVÍE LA SOLICITUD A LA OFICINA REGIONAL QUE APARECE EN LA CARTA DE PRESENTACIÓN

El objeto del Programa de Cupones para Alimentos es promover la nutrición y la salud entre la población de bajos recursos. El USDA busca administrar el Programa de Cupones para Alimentos a través de las tiendas de abarrotes al por menor que en forma constante venden una variedad de alimentos básicos en cada uno de los cuatro grupos de alimentos, o que generan el 50% o más de sus ventas brutas gracias a los alimentos básicos. Sírvase responder a cada uno de los siguientes puntos en forma completa y precisa a fin de que podamos determinar la elegibilidad de su tienda para aceptar beneficios de cupones para alimentos.

VER EJEMPLO MÁS ABAJO: Sírvase utilizar bolígrafo, no lápiz.
Escriba de esta forma: A R T ' S M A R K E T

Sombree los círculos de esta forma: ●
No de esta otra: ⊗ ✓

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA TIENDA

1. Nombre de la Tienda

2. Dirección de la Tienda (No utilice una Casilla de Correo Postal)
   Número — Nombre de la Calle
   Ciudad — Estado — Código Postal —
   Condado

3. Dirección Postal de la Tienda (No complete si coincide con el punto Nº 2 anterior)
   Número — Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)
   Ciudad — Estado — Código Postal —

4. Número de Teléfono — Número de Fax (Si corresponde) —

   Número telefónico alternativo —

   Dirección de Correo Electrónico: (Si corresponde)

5. Sombree el cuadro que mejor describa su tienda:

- ◯ Supermercado
- ◯ Tienda de Reparto
- ◯ Tienda de Medicamentos y Artículos para el Cuidado Personal
- ◯ Tienda de Abarrotes
- ◯ Mercado de Granjeros/ Puesto de Productos Agrícolas
- ◯ Super Tienda
- ◯ Minimercado de Autoservicio
- ◯ Otro (describir): _____

6. Número Federal de Identificación de Empleados (EIN, en inglés): (Si corresponde) ☐☐ — ☐☐☐☐☐☐☐

El EIN es un número de nueve dígitos asignado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés). El IRS utiliza el número para identificar a las empresas que deben presentar determinadas declaraciones juradas de impuestos federales.

## INFORMACIÓN RELATIVA A LA PROPIEDAD

7. Tipo de Propiedad - Sombree un solo tipo:

- ◯ Sociedad Unipersonal
- ◯ Sociedad con Responsabilidad Limitada
- ◯ Empresa Estatal (Si sombrea esta opción, diríjase al punto Nº 10)
- ◯ Sociedad de Personas
- ◯ Cooperativa
- ◯ Sociedad de Personas con Responsabilidad Limitada
- ◯ Sociedad Cerrada (No cotiza en bolsa)
- ◯ Sociedad Abierta (Cotiza en bolsa) (Si sombrea esta opción, diríjase al punto Nº 9)

8. a. Ingrese el/los titular(es) principal(es) o accionista(s) mayoritario(s) si la tienda es de propiedad de una o más personas o es una sociedad privada. En estados en donde rige el sistema de bienes gananciales, deberá ingresarse la información relativa al cónyuge. Los estados en donde rige el sistema de bienes gananciales son los siguientes: Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Tejas, Washington y Wisconsin. Ingrese la información del director si la tienda pertenece a una cooperativa. Ingrese el nombre en letra de imprenta tal como aparece en la tarjeta del seguro social.

Primer Nombre ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Segundo Nombre ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Apellido ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ciudad ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Estado ☐☐ Código Postal ☐☐☐☐☐ — ☐☐☐☐

Cargo ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número de Seguro Social ☐☐☐ — ☐☐ — ☐☐☐☐ Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

b. Ingrese la información relativa a otros propietarios / accionistas o directores (Si los hubiera):

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Número

Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)

Ciudad

Estado

Código Postal

Cargo

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA

NOTA: Si hay más propietarios, accionistas o directores, ingrese la misma información que se solicitó anteriormente en el Apartado Adicional, que se encuentra en la página 5.

---

9. ¿Es esta tienda una franquicia? ◯ Sí ◯ No

10. Ingrese el nombre y la dirección de la sociedad controlante o la franquicia (Si corresponde):

Nombre

Número

Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Número de Fax (Si corresponde)

Dirección de Correo Electrónico:
(Si corresponde)

11. ¿Cuándo comenzó o comenzará a operar la tienda con estos propietarios? M M / D D / A A A A

12. a. ¿Estará abierta la tienda todo el año? ◯ Sí (Si la respuesta es sí, diríjase al punto Nº 12c) ◯ No

b. Si la respuesta es no, sombree todos los meses en que estará abierta:

◯ Ene ◯ Feb ◯ Mar ◯ Abr ◯ May ◯ Jun ◯ Jul ◯ Ago ◯ Sep ◯ Oct ◯ Nov ◯ Dic

c. ¿Estará abierta la tienda 24 horas al día, los 7 días de la semana? ◯ Sí (Si la respuesta es sí, diríjase al punto Nº 12e) ◯ No

d. Escriba en letra de imprenta los días de trabajo y el horario comercial de la tienda:

Sombree los días en que estará cerrada: ◯ Lun ◯ Mar ◯ Mié ◯ Jue ◯ Vie ◯ Sáb ◯ Dom

e. ¿Cuántas cajas registradoras tiene?

## INFORMACIÓN RELATIVA A LA ELEGIBILIDAD

13. Calcule sus ventas anuales AL POR MENOR:
(Incluya artículos alimenticios y no alimenticios en esta tienda) $ ___,___,___,___.00 centavos

14.a. ¿Vende todos los artículos enumerados a continuación? ◯ Sí ◯ No

(Si la respuesta es sí, diríjase al punto Nº 14c)
(Si la respuesta es no, responda el punto Nº 14b)

b. De los siguientes artículos, sombree los que tiene en existencia y vende en su tienda:

| Panes / Cereales | Productos Lácteos | Frutas / Verduras | Carnes / Aves / Pescados |
|---|---|---|---|
| ◯ Panes | ◯ Leche | ◯ Frutas / Verduras frescas | ◯ Carne vacuna |
| ◯ Cereales | ◯ Queso | ◯ Frutas / Verduras enlatadas | ◯ Pollo |
| ◯ Pastas | ◯ Mantequilla | ◯ Frutas / Verduras congeladas | ◯ Cerdo / Tocino / Jamón |
| ◯ Arroz | ◯ Fórmula para bebés | ◯ Jugos 100% de frutas / de verduras | ◯ Pescados / Mariscos |
| ◯ Harina | ◯ Yogur | ◯ Otros _____ | ◯ Huevos |
| ◯ Granos | ◯ Otros _____ | | ◯ Fiambres / Panchos |
| ◯ Otros _____ | | | ◯ Carnes / Pescados enlatados |
| | | | ◯ Otros _____ |

c. Calcule el porcentaje (%) de sus ventas anuales al por menor (punto Nº 13) que proviene de los artículos enumerados anteriormente. ___ %

15. a. De los siguientes tipos de alimentos, sombree los que tiene en existencia y vende en su tienda:

◯ Condimentos / Especias ◯ Sandwiches Fríos ◯ Dulces
◯ Café / Té / Cacao ◯ Ensaladas / Alimentos preparados ◯ Bebidas gaseosas/no gaseosas

b. Calcule el porcentaje (%) de sus ventas anuales al por menor (punto Nº 13) que proviene de los tipos de artículos que sombreó en el punto Nº 15a. ___ %

16. Calcule el porcentaje (%) de sus ventas anuales al por menor (punto Nº 13) que proviene de la venta de alimentos calientes y de artículos no alimenticios, como por ejemplo: Gasolina, Tabaco, Bebidas Alcohólicas, Boletos de Lotería, Productos de Papel y de Limpieza, etc. ___ %

NOTA: Los cuadros de los puntos Nº 14c, 15b y 16 deben dar un total de 100%.

17. a. Además de las ventas al público en general, ¿será esta tienda MAYORISTA para otros comercios, hospitales, restaurantes, etc.?
◯ Sí (Si la respuesta es sí, responda el punto Nº 17b)
◯ No (Si la respuesta es no, diríjase al punto Nº 18).

b. Calcule sus ventas anuales a estos establecimientos (tanto productos alimenticios como no alimenticios): $ ___,___,___,___.00 centavos

18. ¿Se ha negado, retirado o suspendido alguna vez una licencia al propietario, gerente y/o director de la tienda o se le han aplicado multas por infracciones a licencias (por ejemplo, Cupones para Alimentos, WIC, habilitación comercial, licencia para la venta de alcohol, tabaco, boletos de lotería o habilitación sanitaria)? ◯ Sí ◯ No Si la respuesta es "sí", sírvase brindar una explicación en la página 6 del apartado adicional.

19. ¿Alguna vez ha sido condenada alguna de las personas que participan en la propiedad o administración de la empresa por la comisión de un delito?
◯ Sí ◯ No Si la respuesta es "sí", sírvase brindar una explicación en la página 6 del apartado adicional.

APARTADO ADICIONAL

8. (Continuación): INFORMACIÓN RELATIVA A OTROS PROPIETARIOS, ACCIONISTAS O DIRECTORES: ☐ No Aplicable

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Número

Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)

Ciudad

Estado

Código Postal

Cargo

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Número

Nombre de la Calle (o Casilla de Correo Postal)

Ciudad

Estado

Código Postal

Cargo

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento: MM/DD/AAAA

18. (Continuación): Si su respuesta fue “sí”, sírvase brindar una explicación:

19. (Continuación): Si su respuesta fue “sí”, sírvase brindar una explicación:

**Declaración de la Ley de Privacidad (*Privacy Act*) –** El Artículo 9 de la Ley sobre Cupones para Alimentos de 1977 (*Food Stamp Act of 1977*), con sus modificaciones (Título 7, Código de EE.UU. 2011 y siguientes), autoriza la recabación de esta información. Esta información será utilizada primordialmente por el Programa de Cupones para Alimentos. Podrán efectuarse divulgaciones adicionales de la información a otros programas del FNS dentro de las oficinas locales, estatales y federales y a autoridades de investigación, incluidos los cuerpos locales encargados de imponer el cumplimiento de la ley, cuando el Programa de Cupones para Alimentos tome conocimiento de una infracción o posible infracción de la Ley sobre Cupones para Alimentos, según se explica en la siguiente sección del presente documento denominada “Utilización y Divulgación” [Título 7, Código de EE.UU. 2018(c); Título 26, Código de EE.UU. 6109(f); Título 42, Código de EE.UU. 405(c); y Título del Código de EE.UU. 770119].

En los casos en que el número de identificación de propietario sea su Número de Seguro Social (SSN), la recabación de esa información está autorizada por el Artículo 271.1(b) de los reglamentos del programa. En virtud de ese Artículo, también estamos autorizados a recopilar su Número de Identificación de Empleado (EIN) y su información tributaria. Solamente estamos facultados a divulgar los SSN y los EIN a otras agencias federales que están autorizadas por ley a guardar dichos números en sus propios registros [Título 26, Código de EE.UU. 7213 y Título del Código de EE.UU. 20189c]. La presentación de la información solicitada en este formulario, incluidos su SSN y su EIN, es voluntaria; pero la falta de presentación de dicha información puede ocasionar la desaprobación de esta solicitud.

Si el FNS o el Programa de Cupones para Alimentos utiliza la información suministrada en este formulario para fines distintos de aquellos indicados en él, podrá brindarle una declaración adicional donde refleje esos fines.

**Utilización y Divulgación –** Podemos utilizar computadoras para comparar la información que usted nos brinda con la información llevada por otras agencias federales a fin de asegurarnos de que los datos suministrados, incluidos su SSN y su EIN, son verídicos. Utilizaremos la información proporcionada por usted para administrar y exigir el cumplimiento de las reglas y leyes relativas a los cupones para alimentos. Estamos facultados para informar los SSN y los EIN al Departamento de Justicia si fuera necesario para procedimientos judiciales y al Departamento del Tesoro u otras agencias federales con fines informativos y para que procedan al cobro de dinero que se nos adeuda. Ello incluye la posibilidad de deducir las sumas que usted nos adeuda de un futuro reembolso de impuestos federales, un salario federal o de un beneficio federal que usted pudiera recibir (Título 7, Código de EE.UU. 2022 y Título 31, Código de EE.UU. 3711). La información que usted nos brinda (excepto su SSN y su EIN) también podrá ser comunicada a: (1) organismos privados de cobro a fin de que procedan al cobro de dinero que se nos adeude; (2) la policía local y a las agencias federales y estatales responsables del cumplimiento de la Ley sobre Cupones para Alimentos u otras reglas y leyes federales y estatales; (3) las agencias estatales responsables del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés).

**Advertencia sobre Penalidades –** Estamos facultados a rechazar la solicitud o retirar nuestra autorización para que usted pueda aceptar los beneficios de cupones para alimentos como pago por los alimentos que vende en su tienda en los siguientes casos: (1) si usted miente o nos brinda información falsa; o (2) intenta ocultar información que le solicitamos nos proporcione. Si usted miente, nos brinda información falsa u oculta información, usted y las personas propietarias de la tienda podrán ser obligadas a pagar $10,000 o encarceladas por un período máximo de cinco años, o podrán sufrir ambas penalidades (Título 7, Código de EE.UU. 2024 y Título 18, Código de EE.UU. 1001).

**Certificación y Firma –** Con su firma estampada en esta solicitud, usted manifiesta ante nosotros lo siguiente: (1) que usted es el propietario de la tienda o que el/los propietario(s) le ha(n) pedido que presente la solicitud en nombre de ellos; (2) que la información que usted y/o el/los propietario(s) nos proporcionaron en este formulario o en los documentos que pedimos es verdadera; (3) que ha leído y que comprende la información contenida en esta planilla; (4) que no puede dar un tratamiento distinto a los clientes que compran con cupones para alimentos; (5) que comprende que usted y la(s) persona(s) en nombre de quien(es) usted presenta la solicitud son responsables de impedir que los empleados, asalariados o no, infrinjan las normas relativas a cupones para alimentos, las que incluyen, entre otras, las siguientes: (a) intercambiar dinero en efectivo por beneficios de cupones para alimentos; (b) aceptar beneficios de cupones para alimentos de las personas que no tienen autorización para utilizarlos; (c) aceptar beneficios de cupones para alimentos para efectuar pagos respecto de una cuenta de crédito o préstamo; (d) aceptar beneficios de cupones para alimentos para efectuar el pago de artículos que no pueden comprarse con dichos beneficios. Estamos facultados para revocar el derecho de una tienda de aceptar beneficios de cupones para alimentos como pago de los alimentos que vende en su tienda si un propietario o gerente u otra persona que trabaje en la tienda infringe alguna de las reglas o leyes relativas a los cupones para alimentos.

## ACUERDO

COMPRENDO Y ACUERDO LO SIGUIENTE:

- Tengo autoridad para contratar en nombre de la empresa.
- He proporcionado información verídica y completa en este formulario.
- Por el presente acepto autorizar al Departamento de Agricultura (USDA), mediante mi firma que aparece más abajo, a acceder a mis registros tributarios y también acepto permitir que el USDA verifique la precisión de la información presentada con esta solicitud.
- Toda información provista por mí puede ser corroborada y comunicada a otras agencias, según se explica en el apartado adicional.
- En el supuesto de que yo presente información falsa, mi solicitud puede ser rechazada o retirada.
- Acepto la responsabilidad de informar a la Oficina Local de FNS (“Field Office”) todo cambio que se produzca en la titularidad de la empresa, en su dirección, estructura comercial, y operación.
- Respetaré y me aseguraré de que los empleados respeten los reglamentos del Programa de Cupones para Alimentos. Tengo conocimiento de que las infracciones de las normas del programa podrán acarrear multas, sanciones legales, el retiro o la inhabilitación para participar del Programa de Cupones para Alimentos.
- Acepto la responsabilidad en nombre de la empresa por toda infracción de los reglamentos del Programa de Cupones para Alimentos, incluidas aquellas cometidas por los empleados de la empresa, asalariados o no, y ya sea que sean empleados nuevos, a tiempo completo o a tiempo parcial.

  Ellas incluyen, entre otras, las siguientes infracciones:
  - Dar un tratamiento distinto a los clientes que pagan con cupones para alimentos respecto de los restantes clientes.
  - Intercambiar dinero en efectivo por beneficios de cupones para alimentos.
  - Aceptar a sabiendas beneficios de cupones para alimentos de personas que no están autorizadas a usarlos.
  - Aceptar beneficios de cupones para alimentos como pagos respecto de cuentas de crédito o préstamos.
  - Aceptar los beneficios de cupones para alimentos como pago por artículos que no se pueden comprar de ese modo.
- Podrá denegarse la participación o retirarse la autorización para participar si mi empresa infringe cualquier norma o reglamento emitido por agencias locales, estatales o federales, incluidas las leyes sobre derechos civiles y sus disposiciones reglamentarias. Asimismo, la inhabilitación para participar en el Programa WIC puede acarrear la inhabilitación para participar en el Programa de Cupones para Alimentos.
- La participación en el Programa de Cupones para Alimentos exige que no discrimine a los clientes sobre la base de su raza, color, nacionalidad, edad, sexo, religión, creencias políticas, discapacidad y que tome toda medida necesaria de inmediato para garantizar que mis clientes no sean discriminados.
- Toda persona física o jurídica que acepte o utilice los beneficios de cupones para alimentos sin estar autorizada a hacerlo será pasible de multas significativas y sanciones administrativas.
- He leído y comprendo la Declaración de la Ley de Privacidad, las Advertencias y la Certificación que constan en el presente.

| | |
|---|---|
| **X** _____ | _____ |
| Firma | Fecha de firma |
| _____ | _____ |
| Nombre en letra de imprenta | Cargo en letra de imprenta |

De conformidad con el Derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a su institución discriminar a las personas sobre la base de su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Para presentar una queja por Discriminación, sírvase escribir a: USDA, Director, Office of Civil Rights
Room 326W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

NO ENVÍE LA SOLICITUD A ESTA DIRECCIÓN: ▶