

|   |   |   |
|---|---|---|
| Formulario <b>FNS-252</b><br>Departamento de Agricultura<br>de los EE. UU.<br>Servicio de Alimentos y Nutrición | <b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA ACEPTAR<br/>BENEFICIOS DEL SUPPLEMENTAL NUTRITION<br/>ASSISTANCE PROGRAM EN TIENDAS</b> | Nº DE APROBACIÓN<br>de la OMB 0584-0008<br>Fecha de caducidad: XX/XX/20XX |
| <b>PARA SER UTILIZADO<br/>POR FNS ÚNICAMENTE</b>  | Número del FNS  | Iniciales de autorización   |
|   |   | Fecha de autorización<br>/ /  |

**1** ¿Cuándo inició o iniciará la tienda sus operaciones con usted como propietario? (MM/DD/AAAA):

---

**2** Nombre de la tienda:

**3** Número de tienda (si corresponde):

---

**4** Dirección física de la tienda (no utilice una Casilla de Correo Postal aquí):

|         |         |  |  |
|---------|---------|--|--|
| Número: | Calle:  | Datos adicionales (Edificio N°, Unidad N°, Puesto N°, etc.): |  |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal:   |  |

---

**5** Dirección postal de la tienda:  
(Omita si su dirección postal es la misma que la dirección física. Si tiene una Casilla de Correo Postal, indique el número en el espacio para la calle):

|         |         |  |   |
|---------|---------|--|---|
| Número: | Calle:  | Datos adicionales (Edificio N°, Unidad N°, Puesto N°, etc.): |   |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal:   | País (para direcciones en el extranjero): |

---

**6** Teléfono de la tienda:  
( ) -

**7** Número de teléfono alternativo:  
( ) -

---

**8** Correo electrónico del propietario o de la tienda:

**9** ¿Es su negocio una ruta de distribución, un mercado de granjeros, un puesto/quiosco/autoservicio agrícola, economato militar o una tienda especializada en cierto tipo de alimentos que vende principalmente un tipo de alimento, como carne de res/de ave, pescado y mariscos, pan o frutas/verduras?  **Sí**  **No**

Mercado de carne de res/aves  Panadería  Economato militar  Mercado de granjeros

Mercado de pescado y mariscos  Mercado de frutas y verduras  Ruta de distribución  Granjero de Mercadeo Directo  
(Puesto, quiosco, autoservicio agrícola)

**No use este Formulario FNS-252 si su negocio es un restaurante.  
Los restaurantes deben usar el Formulario FNS-252-2, Solicitud para Servicios de Comidas.**

**10** Tipo de entidad (marque **una** casilla únicamente):

Compañía privada que no se cotiza en la bolsa  Compañía en propiedad absoluta  Compañía de responsabilidad limitada  Propiedad del gobierno

Compañía privada que se cotiza en la bolsa  Sociedad  Cooperativa sin fines de lucro

**11** Información para compañías o agencias del gobierno: Si es una compañía privada que no se cotiza en la bolsa o una compañía de responsabilidad limitada, indique el nombre y la dirección que figuran en los registros del estado. Si es propiedad del gobierno, indique el nombre y la dirección de la agencia de gobierno a cargo. Si es una compañía que se cotiza en la bolsa, indique el nombre y la dirección de la casa matriz.  
**En todos los demás casos, continúe con la siguiente pregunta.**

**11a** Nombre de la compañía:

---

**11b** Dirección de la compañía:

|         |         |  |   |
|---------|---------|--|---|
| Número  | Calle:  | Datos adicionales (Edificio N°, Unidad N°, Puesto N°, etc.): |   |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal:   | País (para direcciones en el extranjero): |

---

**11c** Si es una compañía que se cotiza en la bolsa o propiedad del gobierno, indique una persona de contacto:

|                                   |                              |                     |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Nombre de la persona de contacto: | Número de teléfono:<br>( ) - | Correo electrónico: |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------|

**12** Información de propietarios/funcionarios principales: Ingrese el nombre y la dirección particular de todos los funcionarios principales, propietarios, socios e integrantes. Debe indicar los datos de los cónyuges de cada propietario y funcionario principal si su negocio está en un estado donde rige el sistema de bienes gananciales (AZ, CA, ID, LA, NM, NV, TX, WA, WI). **Si es una tienda de una compañía que se cotiza en la bolsa o propiedad del gobierno, salte a la pregunta 13.** Consulte las instrucciones para obtener más información sobre esta pregunta.

**12a** Ingrese el nombre en letra de imprenta tal como aparece en la tarjeta del seguro social:

|                          |        |                                   |  |  |   |
|--------------------------|--------|-----------------------------------|--|--|---|
| Nombre:                  |        | Segundo nombre:                   |  | Apellido:  |   |
| Número:                  | Calle: |                                   | Datos adicionales (Edificio N°, Unidad N°, Puesto N°, etc.): |  |   |
| Ciudad:                  |        |                                   | Estado:  | Código Postal:                                       | País (para direcciones en el extranjero): |
| Número de Seguro Social: |        | Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY) |  | Cargo (es decir, propietario, socio, cónyuge, etc.): |   |
| Correo electrónico:      |        |                                   |  |  |   |

**12b** Ingrese el nombre en letra de imprenta tal como aparece en la tarjeta del seguro social:

|                          |        |                                   |  |  |   |
|--------------------------|--------|-----------------------------------|--|--|---|
| Nombre:                  |        | Segundo nombre:                   |  | Apellido:  |   |
| Número:                  | Calle: |                                   | Datos adicionales (Edificio N°, Unidad N°, Puesto N°, etc.): |  |   |
| Ciudad:                  |        |                                   | Estado:  | Código Postal:                                       | País (para direcciones en el extranjero): |
| Número de Seguro Social: |        | Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY) |  | Cargo (es decir, propietario, socio, cónyuge, etc.): |   |
| Correo electrónico:      |        |                                   |  |  |   |

**12c** Ingrese el nombre en letra de imprenta tal como aparece en la tarjeta del seguro social:

|                          |        |                                   |  |  |   |
|--------------------------|--------|-----------------------------------|--|--|---|
| Nombre:                  |        | Segundo nombre:                   |  | Apellido:  |   |
| Número:                  | Calle: |                                   | Datos adicionales (Edificio N°, Unidad N°, Puesto N°, etc.): |  |   |
| Ciudad:                  |        |                                   | Estado:  | Código Postal:                                       | País (para direcciones en el extranjero): |
| Número de Seguro Social: |        | Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY) |  | Cargo (es decir, propietario, socio, cónyuge, etc.): |   |
| Correo electrónico:      |        |                                   |  |  |   |

**12d** Ingrese el nombre en letra de imprenta tal como aparece en la tarjeta del seguro social:

|                          |        |                                   |  |  |   |
|--------------------------|--------|-----------------------------------|--|--|---|
| Nombre:                  |        | Segundo nombre:                   |  | Apellido:  |   |
| Número:                  | Calle: |                                   | Datos adicionales (Edificio N°, Unidad N°, Puesto N°, etc.): |  |   |
| Ciudad:                  |        |                                   | Estado:  | Código Postal:                                       | País (para direcciones en el extranjero): |
| Número de Seguro Social: |        | Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY) |  | Cargo (es decir, propietario, socio, cónyuge, etc.): |   |
| Correo electrónico:      |        |                                   |  |  |   |

**13** Responda las preguntas para **todos** los funcionarios principales, propietarios, socios, integrantes y/o gerentes.

**13a** ¿Se le ha denegado, retirado o suspendido alguna vez una licencia a cualquier funcionario principal, propietario, socio, integrante y/o gerente de la tienda o se le han impuesto multas por violaciones a licencias (por ejemplo, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), WIC, o bien la licencia para operar un negocio, vender alcohol, tabaco, boletos de lotería o de habilitación sanitaria)?  Sí  No

**13b** Si responde que sí, proporcione una explicación:

**13c** ¿Algún funcionario principal, propietario, socio y/o integrante actualmente está suspendido o excluido o ha sido suspendido o excluido de llevar adelante actividades comerciales o de participar en cualquier programa administrado por el gobierno federal?  Sí  No

**13d** Si responde que sí, proporcione una explicación:

**13e** ¿Algún funcionario principal, propietario, socio y/o integrante actualmente recibe beneficios del SNAP?  Sí  No

**13f** Si responde que sí, y la tienda ya opera con estos propietarios, ¿el funcionario principal, propietario, socio y/o integrante informó este ingreso de la tienda al trabajador social del SNAP?  Sí  No

**13g** Si responde que no, proporcione una explicación:

**13h** ¿Algún funcionario principal, propietario, socio y/o integrante ha sido inhabilitado para recibir beneficios del SNAP como participante por fraude o violación intencional del programa (IPV)?  Sí  No

13i Si responde que sí, proporcione una explicación:

13j ¿Algún funcionario principal, propietario, socio y/o integrante actualmente posee cualquier otra tienda autorizada del SNAP?  Sí  No

13k Si responde que sí, ¿cuántas tiendas que están actualmente autorizadas posee?

14 ¿Ha sido declarado culpable de algún delito después del 1º de junio de 1999 alguno de los funcionarios principales, propietarios, socios, integrantes y/o gerentes?  Sí  No

14a Si responde que sí, proporcione una explicación:

15 ¿Les vende productos al por mayor a otras entidades, tales como hospitales o restaurantes?  Sí  No

15a Si responde que sí, ¿alcanzan o superan sus ventas de alimentos al por menor los \$250,000 o el 50% del total de sus ventas?  Sí  No

16 ¿Supera la venta de alimentos calientes y/o fríos recién preparados y listos para consumir el 50% del total de sus ventas?

17 Total de ventas al por menor. Ingrese el total de ventas al por menor de todos los productos que vende en este lugar (tanto alimentos como productos y servicios no alimenticios). Si su tienda ha estado operando con usted como propietario por más de un año, ingrese el monto real del total de ventas al por menor de la más reciente declaración de impuestos al IRS para esta tienda (17a), o si su tienda ha estado operando con usted como propietario por menos de un año, debe indicar un monto total aproximado de ventas al por menor (17b). Si vende productos al por mayor a otras entidades, no incluya esas ventas. **Debe completar la pregunta 17a o 17b.**

17a Ventas reales al por menor: \$ \_\_\_\_\_ en el año fiscal: 20\_\_

17b Ventas estimadas al por menor: \$ \_\_\_\_\_ (marque una opción)  Día  Semana  Mes  Año

17c Si tiene un Número de Identificación de Empleador (EIN), anótelos aquí: \_\_\_\_\_

18 ¿Tiene en existencias al menos tres tipos diferentes de artículos de cada una de estas categorías de alimentos? Incluya productos frescos, congelados, enlatados, envasados o en paquete. Consulte las instrucciones para obtener más información:

Panes/Cereales (Ejemplos: pan, cereal, pasta, arroz, harina, etc.)  Sí  No

Lácteos (Ejemplos: leche, mantequilla, queso, yogur, fórmula para bebés, etc.)  Sí  No

Frutas/Verduras (Ejemplos: maíz congelado, frijoles secos, puré de manzana, guisantes enlatados, bananas, jugo 100%, etc.)  Sí  No

Carnes/Aves/Pescado (Ejemplos: carnes y pescado enlatados, carne molida, embutidos, tocineta, pollo congelado, huevos, etc.)  Sí  No

18a ¿Qué porcentaje del total de sus ventas proviene de estas categorías de alimentos?  %

18b ¿Tiene en existencias alimentos frescos, refrigerados o congelados de al menos dos de estas categorías?  Sí  No

19 ¿Vende "otros" alimentos, tales como bocadillos y refrigerios, gaseosas o refrescos, o condimentos?  Sí  No

19a Si responde que sí, ¿qué porcentaje del total de sus ventas proviene de estos artículos?  %

20 ¿Vende artículos no comestibles o alimentos que están calientes cuando el cliente paga por ellos?  Sí  No

20a Si responde que sí, marque los artículos que vende:  productos con tabaco  alcohol  lotería  
 gasolina  alimentos calientes  otros

20b Si responde que sí, ¿qué porcentaje del total de sus ventas proviene de artículos no comestibles y alimentos calientes?  %

La suma de los tres porcentajes anteriores (18a, 19a, y 20 b) debe equivaler al 100%

21 ¿Cuántas cajas registradoras hay en esta tienda?

22 ¿Está abierta esta tienda todo el año?  Sí  No

22a Si responde que no, marque los meses en los que está abierta:

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

23 ¿Está abierta la tienda 7 días a la semana, 24 horas al día?  Sí  No

23a Si responde que no, indique el horario de atención:

|            | Hora de apertura | Elija AM o PM   | Hora de cierre | Elija AM o PM   |
|------------|------------------|---|----------------|---|
| Lunes:     | _____            | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | _____          | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| Martes:    | _____            | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | _____          | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| Miércoles: | _____            | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | _____          | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| Jueves:    | _____            | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | _____          | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| Viernes:   | _____            | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | _____          | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| Sábado:    | _____            | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | _____          | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| Domingo:   | _____            | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM | _____          | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |

24 Si tiene información o comentarios adicionales que le gustaría proveer al FNS (tales como circunstancias especiales que el FNS debería saber), brinde la información aquí:

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD - Autoridad:** La Sección 9 de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, según enmendada, (7 U.S.C. 2018); la Sección 205(c)(2)(C) de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. 405(c)(2)(C)); y la Sección 6109(f) del Código de Impuestos Internos de 1986 (26 U.S.C. 6109(f)), autorizan la recopilación de la información de esta solicitud.

- La información se obtiene principalmente para la administración del Supplemental Nutrition Assistance Program por el Servicio de Alimentos y Nutrición;
- Podrán efectuarse divulgaciones adicionales de esta información a otros programas del Servicio de Alimentos y Nutrición y a otras agencias federales, estatales o locales, y a autoridades de investigación, cuando el Supplemental Nutrition Assistance Program tome conocimiento de una violación o posible violación a la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, según se explica en la siguiente sección "Utilización y Divulgación";
- La Sección 278.1(b) de los reglamentos del Supplemental Nutrition Assistance Program prevé la obtención del Número de Seguro Social (SSN), el Número de Identificación de Empleador (EIN) y la información tributaria del propietario;
- La utilización y divulgación de los números SSN y EIN obtenidos por los solicitantes están contempladas en la Ley de Seguro Social y el Código de Impuestos Internos. Conforme a la Ley de Seguro Social y al Código de Impuestos Internos, los números de seguro social y de identificación de empleador de los solicitantes sólo pueden ser divulgados a otras agencias federales que están autorizadas a tener acceso a números de seguro social y números de identificación de empleador y a mantenerlos en sus archivos, y sólo cuando el Secretario de Agricultura determine que la divulgación facilitará la verificación y comparación de dicha información con la información que mantiene la otra agencia [42 U.S.C. 405(c)(2)(C)(iii); 26 U.S.C. 6109(f)];
- Suministrar la información solicitada en este formulario, incluyendo su SSN y EIN, es un acto voluntario; pero no suministrarla ocasionará la denegación de esta solicitud;
- El Servicio de Alimentos y Nutrición le puede proporcionar otra declaración que refleje cualquier uso adicional que se hará de la información suministrada en este formulario.

**UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN - Usos rutinarios:** Podemos utilizar la información que nos suministre de las siguientes maneras;

- Podemos divulgar información al Departamento de Justicia (DOJ), a una corte u otro tribunal o a otra parte ante dicho tribunal si el USDA está implicado en una demanda o es parte interesada de un litigio y se ha determinado que la utilización de dicha información es pertinente y necesaria, y que la divulgación es compatible con el fin para el cual se obtuvo dicha información;
- En el caso eventual que la información en nuestro sistema indique una violación a la Ley de Alimentos y Nutrición o a cualquier otra ley federal o estatal, ya sea de naturaleza civil, penal o normativa, e independientemente de que se derive de una ley general, o a raíz de un reglamento, norma u orden dictada de conformidad con las mismas, podemos divulgar la información que nos suministre a la agencia correspondiente, federal o estatal, responsable de investigar o iniciar acción judicial por dicha violación o responsable de imponer el cumplimiento de o implementar la ley, norma, reglamento u orden dictada de conformidad con las mismas;
- Podemos utilizar su información, incluyendo los números SSN y EIN, para cobrar y reportar el incumplimiento del pago de deudas, y podemos divulgar la información a otras agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro, a efectos de entablar acciones de reclamación de cobro incluyendo, entre otros, al Departamento del Tesoro para compensación administrativa o tributaria y remisión al Departamento de Justicia para iniciar acción judicial. (**Nota:** Los números SSN y EIN sólo serán divulgados a aquellas agencias federales autorizadas a tener dicha información);
- Podemos divulgar la información a otras agencias federales y estatales, a fin de verificar la información proporcionada por los solicitantes y las empresas participantes, y para facilitar la aplicación y el cumplimiento de la Ley de Alimentos y Nutrición además de otras leyes federales y estatales. (Nota: Los números SSN y EIN sólo serán divulgados a aquellas agencias federales autorizadas a tener dicha información);
- Podemos divulgar la información a otras agencias federales y estatales, a fin de responder a solicitudes específicas de dichas agencias federales y estatales y a efectos de aplicar la Ley de Alimentos y Nutrición además de otras leyes federales y estatales;
- Podemos divulgar la información a otras agencias federales y estatales, a fin de utilizar programas de comparación computarizada;
- Podemos divulgar la información (excepto números SSN y EIN) a entidades privadas que tienen acuerdos contractuales con nosotros para diseñar, desarrollar y operar nuestros sistemas, y a efectos de realizar verificaciones y comparaciones computarizadas;
- Podemos divulgar la información al Servicio de Impuestos Internos, a fin de informar el incumplimiento del pago de multas de \$600 o más impuestas a minoristas y mayoristas por violaciones a las reglas del programa SNAP. Informaremos cada incumplimiento del pago de una deuda al Servicio de Impuestos Internos mediante un Formulario 1099-C (Cancelación de una Deuda). Informaremos estas deudas al Servicio de Impuestos Internos según la autorización de los Reglamentos de Impuestos sobre Ingresos (26 CFR Partes 1 y 602) bajo la Sección 6050P del Código de Impuestos Internos (26 U.S.C. 6050P);
- Podemos divulgar la información a las agencias estatales que administran el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) autorizado por la Sección 17 de la Ley de Nutrición Infantil de 1966 (CAN) (42 U.S.C. 1786), a fin de aplicar esa Ley y los reglamentos emitidos conforme a dicha Ley;
- Divulgaciones de conformidad con 5 U.S.C. 55 2a(b)(12). Podemos divulgar información a "agencias de información crediticia" según la definición de la Ley de Información Crediticia Justa (15 U.S.C. 1681a(f)) o la Ley de Cobro de Deudas de 1982 (31 U.S.C. 3711(d)(4));
- Podemos divulgar la información al público si un establecimiento de venta al por menor ha sido descalificado o sancionado de alguna otra manera a causa de violaciones al Programa, una vez que el período de apelaciones administrativas y judiciales haya finalizado. Estos datos se limitan al nombre y la dirección de la tienda, al(los) nombre(s) del(de los) propietario(s) y a información sobre la sanción. El propósito de dicha divulgación es facilitar la aplicación y el cumplimiento de la Ley de Alimentos y Nutrición y los reglamentos del Supplemental Nutrition Assistance Program.

**CERTIFICACIÓN Y FIRMA** - Al firmar a continuación, usted confirma que comprende y está de acuerdo con lo siguiente:

- Soy un propietario de esta empresa;
- He proporcionado información verdadera y completa en este formulario y en toda la documentación suministrada al Servicio de Alimentos y Nutrición;
- Si proveo información falsa, mi solicitud podrá ser denegada o retirada;
- El USDA puede verificar y compartir toda la información que suministré o suministraré, según se indica en la Ley de Privacidad y en la Declaración de Utilización y Divulgación;
- Mediante mi firma que aparece a continuación, autorizo al Servicio de Alimentos y Nutrición a acceder a mis registros tributarios;
- Al ser autorizado, recibiré materiales de capacitación del Supplemental Nutrition Assistance Program. Es mi responsabilidad garantizar que todos los propietarios y empleados de la empresa (ya sean remunerados o no remunerados, nuevos, a tiempo completo o a tiempo parcial) revisen el material de capacitación, y que todos los empleados observen los reglamentos del Supplemental Nutrition Assistance Program. Si no recibo estos materiales, deberé comunicarme con el Servicio de Alimentos y Nutrición para solicitarlos;
- Estoy consciente de que las violaciones a las reglas del programa pueden resultar en la toma de medidas administrativas, tales como multas, sanciones, retiro o descalificación del Supplemental Nutrition Assistance Program. Estoy consciente de que las violaciones a los reglamentos del Supplemental Nutrition Assistance Program también pueden acarrear acciones penales y sanciones federales, estatales y/o locales;
- Acepto la responsabilidad en nombre de la empresa por toda violación a los reglamentos del Supplemental Nutrition Assistance Program, incluidas aquellas cometidas por cualquiera de los empleados de la empresa, remunerados o no remunerados, nuevos, a tiempo completo o a tiempo parcial. Estas violaciones incluyen, entre otras, las siguientes:
  - Canjear dinero en efectivo por beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program (es decir, tráfico ilegal);
  - Aceptar beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program como pago por artículos que no reúnen los requisitos;
  - Aceptar beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program como pago de cuentas de crédito o préstamos;
  - A sabiendas aceptar beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program de personas que no están autorizadas a usarlos;
- La descalificación de participar en el Programa WIC puede resultar en la descalificación de participar en el Supplemental Nutrition Assistance Program y, asimismo, la descalificación de participar en el Supplemental Nutrition Assistance Program puede resultar en la descalificación de participar en el Programa WIC;
- Conforme a las leyes federales y a la política del Departamento de Agricultura de los EE. UU., no se puede discriminar en contra de un cliente sobre la base de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad. Los clientes que participan en el Supplemental Nutrition Assistance Program deben ser tratados de la misma manera que los clientes que no participan en el programa;
- Podrá denegarse la participación o retirarse la autorización para participar si mi empresa viola cualquier ley o reglamento emitidos por agencias federales, estatales o locales, incluidas las leyes sobre derechos civiles y sus disposiciones reglamentarias;
- Soy responsable de informar al Servicio de Alimentos y Nutrición todo cambio que se produzca en la titularidad de la empresa, en su dirección, estructura comercial y operación.

La autorización para participar en el Supplemental Nutrition Assistance Program no se puede transferir a nuevos propietarios, socios o compañías. Toda persona física o jurídica que acepte o canjee los beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program sin estar autorizada a hacerlo quedará sujeta a la imposición de multas severas y sanciones administrativas.

**ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES** - El Servicio de Alimentos y Nutrición puede denegar o retirar su autorización para aceptar beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program si usted suministra información falsa o trata de ocultar la información que le solicitamos. Además, si se suministra información falsa o se oculta información al Servicio de Alimentos y Nutrición, los propietarios de la empresa podrían tener que pagar una multa de \$10,000 o ser encarcelados por un máximo de cinco años, o bien se podrían tomar ambas medidas (7 U.S.C. 2024(f) y 18 U.S.C. 1001).

**He leído, comprendo y acepto las condiciones de participación indicadas en las Declaraciones de la Ley de Privacidad, Utilización y Divulgación, Advertencia sobre Sanciones y Certificación. Asimismo, acepto cumplir con todos los requisitos legales y reglamentarios relacionados con la participación en el Supplemental Nutrition Assistance Program.**

X \_\_\_\_\_  
Firma

X \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Cargo en letra de imprenta

**ENVÍE SU SOLICITUD COMPLETA AL CENTRO DE SERVICIOS PARA MINORISTAS (CONSULTE LA PRIMERA PÁGINA DE LAS INSTRUCCIONES).**



# Instrucciones del Formulario FNS-252

## Solicitud de Autorización para Aceptar Beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program en Tiendas

### Instrucciones Generales

Utilice el Formulario FNS-252, Solicitud de Autorización para Aceptar Beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program en Tiendas, para solicitar autorización para participar en el Supplemental Nutrition Assistance Program.

Se deben seguir estas instrucciones al presentar una solicitud impresa enviada por correo al USDA, Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS).

El FNS utilizará la información que suministre en el formulario de solicitud, a fin de determinar si su tienda es elegible para aceptar y canjear beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program. Su tienda podría ser visitada como parte de esta determinación. Si se aprueba la solicitud, su tienda recibirá una licencia del Supplemental Nutrition Assistance Program.

Debe capacitar a sus empleados sobre las reglas y los reglamentos del Supplemental Nutrition Assistance Program. Para su comodidad, el material de capacitación está disponible en nuestro sitio Web público y se incluirá en su paquete de información si el FNS aprueba su solicitud. En este sitio también puede obtener información de capacitación traducida a otros idiomas.

*No use este Formulario FNS-252 si su negocio es un restaurante. Los restaurantes deben usar el Formulario FNS-252-2, Solicitud para Servicios de Comidas.*

### Recordatorios

Debe responder todas las preguntas en el formulario de solicitud, con las siguientes excepciones:



Si la tienda es una empresa en propiedad absoluta, sociedad o cooperativa sin fines de lucro, salte la pregunta 11.



Si la tienda es propiedad de una compañía privada que no se cotiza en la bolsa o una compañía de responsabilidad limitada, salte la pregunta 11c.



Si la tienda es propiedad de una compañía que se cotiza en la bolsa o de una agencia del gobierno, salte la pregunta 12.

### Cómo Solicitar

Puede presentar la solicitud en línea o enviar la solicitud impresa por correo. Utilice un método solamente.

### ¿Cuál Método Puedo Usar para Presentar la Solicitud?

**En Línea:** Visite la página Web del FNS del USDA: <http://www.fns.usda.gov/snap> y siga las instrucciones para presentar una solicitud en línea.

**Por Correo:** Complete el Formulario FNS-252, adjunte la documentación solicitada, firme y feche la solicitud, y envíela por correo a la dirección del Centro de Servicios para Minoristas del SNAP. La dirección del Centro de Servicios para Minoristas del SNAP aparece en la carta que acompañaba la solicitud que le enviamos. Además, puede encontrar la dirección del Centro de Servicios para Minoristas en: <http://www.fns.usda.gov/snap>.

### Tiempo de Procesamiento de la Autorización

Debe completar la solicitud y presentar toda la documentación de respaldo antes de que el FNS procese su solicitud. Si la solicitud está incompleta o no se presenta la documentación, habrá demoras. Al FNS le puede tomar hasta 45 días procesar una solicitud completa.



*No puede aceptar los beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program hasta recibir la autorización y licencia del FNS.*

Comuníquese con el Centro de Servicios para Minoristas del SNAP para averiguar el estado de una solicitud.

### Instrucciones Específicas

Escriba sus respuestas en letra de imprenta o a máquina para que sean claras y legibles. Archive copias de todo lo que presente ante el FNS.

#### Pregunta 1 - Fecha de Inauguración de la Tienda:

Ingrese la fecha en que la tienda inició o iniciará sus operaciones con usted como propietario. Puede indicar una fecha de inauguración futura.

**Pregunta 2 - Nombre de la Tienda:** Ingrese el nombre con el que su tienda está operando.

**Pregunta 3 - Número de Tienda:** Ingrese el número de tienda si la tienda es parte de una cadena de tiendas y se refiere a ella por número, es decir, "Fine Foods #426". Sólo anote el número en este campo (no incluya el signo numeral).

**Pregunta 4 - Dirección Física de la Tienda:** Ingrese la dirección de la tienda. No utilice una Casilla de Correo Postal en este campo. Utilice la sección de Datos adicionales para indicar el número de la unidad, del edificio, del puesto, etc. para direcciones con varias tiendas en el mismo lugar.

**Pregunta 5 - Dirección Postal de la Tienda:** Si su tienda tiene una dirección postal distinta a la dirección física, indíquela aquí. Si tiene una Casilla de Correo Postal, indique el número en el espacio para la calle.

#### Pregunta 6 - Teléfono de la Tienda:

Ingrese el número de teléfono de la tienda, incluyendo el código de área.

#### Pregunta 7 - Número de Teléfono Alternativo:

Ingrese un número de teléfono alternativo, como por ejemplo un teléfono celular, incluyendo el código de área. Podríamos usar el número de teléfono alternativo para contactarlo respecto a su tienda durante una situación de desastre.

#### Pregunta 8 - Correo Electrónico:

Ingrese la dirección de correo electrónico del propietario o de la tienda en la que desea recibir información del Supplemental Nutrition Assistance Program.

**Pregunta 9 - Tipo Especial de Tienda:** Marque Mercado de granjeros si representa un mercado con varios puestos, que opera en uno o más lugares, donde los granjeros venden productos agrícolas (frutas/verduras/carnes/pan, etc.) y desea solicitar una autorización general que les permite a varios vendedores del mercado aceptar los beneficios del programa SNAP.

Marque Granjero de Mercadeo Directo (Puesto/Quiosco/Autoservicio agrícola) si cosecha y vende sus propios productos agrícolas en un puesto a la orilla de la carretera, en un quiosco en un mercado y/o tiene una operación de “autoservicio” en su granja.

Marque Mercado de frutas y verduras si vende principalmente frutas o verduras que compra de otros en lugar de cosecharlas usted mismo.

No use este Formulario FNS-252 si su negocio es un restaurante. Los restaurantes deben usar el Formulario FNS-252-2, Solicitud para Servicios de Comidas.

**Pregunta 10 - Tipo de Entidad:** Seleccione el tipo de entidad que mejor describa su negocio.

### **Pregunta 11 - Información para Compañías o**

**Agencias del Gobierno:** Para las compañías privadas que no se cotizan en la bolsa y compañías de responsabilidad limitada, ingrese el nombre y la dirección que figuran en los registros del estado. Para las compañías que se cotizan en la bolsa, ingrese el nombre y la dirección de la casa matriz. Para tiendas propiedad del gobierno, indique el nombre y la dirección de la agencia de gobierno a cargo. Para compañías que se cotizan en la bolsa o tiendas propiedad del gobierno, indique el nombre, número de teléfono y la dirección de correo electrónico de la persona de contacto o la persona responsable de la licencia del Supplemental Nutrition Assistance Program.

### **Pregunta 12 - Información del Propietario/**

**Funcionario Principal:** No conteste esta pregunta si en la pregunta 10 indicó que la entidad es una compañía que se cotiza en la bolsa o tienda propiedad del gobierno. Para todos los otros tipos de entidades, debe suministrar información sobre todos los propietarios, integrantes, socios, accionistas principales y funcionarios principales de las compañías. En los estados donde rige el sistema de bienes gananciales (AZ, CA, ID, LA, NM, NV TX, WA y WI), se debe suministrar la información relativa al cónyuge de cada persona indicada.

**Para cada propietario, socio, funcionario principal, integrante, accionista y cónyuge:** Ingrese el nombre de pila, el segundo nombre y apellido de cada persona, tal como aparecen en la tarjeta del seguro social. Indique la dirección particular, el número de seguro social y la fecha de nacimiento de cada persona.

**Correo Electrónico:** Ingrese la dirección de correo electrónico de todos los propietarios/funcionarios principales aquí (opcional).

Si hay más de cuatro propietarios principales, haga una copia de la página 2 y anote la información de cada persona adicional.

### **Preguntas 13 y 14 - Preguntas sobre la Titularidad:**

Para cada pregunta, marque una casilla solamente.

**Preguntas 13b, 13d y 14a:** Si respondió “Sí” a las preguntas 13a, 13c o 14, proporcione una explicación.

**Pregunta 13g:** Si respondió “No” a la pregunta 13f, proporcione una explicación.

**Pregunta 13i:** Si respondió “Sí” a la pregunta 13h, proporcione una explicación.

**Pregunta 13k:** Si respondió “Sí” a la pregunta 13j, ¿cuántas tiendas del SNAP que están actualmente autorizadas posee?

**Pregunta 15 - Ventas al por Mayor:** Marque la casilla para indicar si esta tienda vende productos a otras entidades (es decir, le vende a hospitales, restaurantes, etc.)

**Pregunta 15a:** Si respondió "Sí" a la pregunta 15, indique si sus ventas de alimentos al por menor alcanzan o superan los \$250,000 o el 50% del total de sus ventas.

### **Pregunta 16 - Alimentos Calientes y/o Fríos**

**Recién Preparados y Listos para Consumir:** Marque la casilla para indicar si la venta de alimentos calientes y/o fríos recién preparados y listos para consumir alcanza o supera el 50% del total de las ventas.

**Pregunta 17 - Total de Ventas al por Menor:** Ingrese el total de ventas proveniente de todo lo que vende en esta tienda.

Eso debe incluir tanto alimentos como productos y servicios no comestibles (es decir, si la tienda vende gasolina, incluya aquí las ventas de gasolina). Si la tienda ha estado operando con usted como propietario por lo menos un año, provea en la pregunta 17a el monto real de ventas al por menor de esta tienda, según lo declarado al Servicio de Impuestos Internos. Si la tienda ha estado operando con usted como propietario menos de un año, en la pregunta 17b puede ingresar el monto total aproximado de ventas para un año completo.



Debe contestar la pregunta 17a o 17b, pero no las dos.

**Pregunta 17a - Ventas Reales al por Menor:** Ingrese el monto real del total de ventas al por menor según declarado al Servicio de Impuestos Internos para esta tienda y el año fiscal.

**Pregunta 17b - Ventas Estimadas al por Menor:** Ingrese un monto total estimado de ventas al por menor como una cifra diaria, semanal, mensual o anual y marque el método que usó (diario/semanal/mensual/anual).

**Pregunta 17c - Número Federal de Identificación de Empleador (EIN):** El EIN es un número de nueve dígitos asignado por el Servicio de Impuestos Internos a los negocios, para fines de la declaración y rendición de impuestos. Si tiene un número EIN, escríbalo exactamente como le fue asignado.

**Pregunta 18 - Existencias de Alimentos:** Para cada una de las categorías de alimentos, marque la casilla para indicar si su tienda cuenta o no cuenta diariamente con existencias de al menos tres tipos diferentes de artículos alimenticios de cada categoría. Por ejemplo, el queso, la leche y el yogur son distintos tipos de alimentos; la leche entera, la leche descremada y la leche chocolatada no lo son. Incluya los alimentos frescos, congelados y enlatados al contestar esta pregunta. Por ejemplo, la categoría de carnes/aves/pescado incluiría carnes y pescado enlatados, embutidos refrigerados y carnes congeladas como trozos de pollo, así como cualquier tipo de carne fresca que venda.

**Pregunta 18a - Porcentaje de Ventas:** Ingrese el porcentaje total de sus ventas que proviene de la venta de estos artículos alimenticios.

**Pregunta 18b - Productos Perecederos:** Marque la casilla que corresponda si tiene en existencias alimentos frescos, refrigerados o congelados de al menos dos de las categorías de alimentos indicadas en la pregunta 18.

**Pregunta 19 – Otros Alimentos:** Marque la casilla para indicar si vende otros alimentos, tales como bocadillos y refrigerios, gaseosas o refrescos y/o condimentos.

**Pregunta 19a:** Si respondió “Sí” a la pregunta 19, ingrese el porcentaje del total de sus ventas minoristas que proviene de la venta de estos artículos alimenticios.

**Pregunta 20 – Artículos No Comestibles/Alimentos**

**Calientes:** Marque la casilla para indicar que vende artículos no comestibles o alimentos que están calientes cuando el cliente paga por ellos.

**Pregunta 20a - Artículos que Vende:** Si respondió “Sí” a la pregunta 20, marque las casillas para indicar qué artículos vende. Marque Otros si vende artículos tales como jabón, alimentos para mascotas, productos de papel, pañales, productos de limpieza, productos de salud y belleza, etc.

**Pregunta 20b - Porcentaje de Ventas:** Ingrese el porcentaje del total de sus ventas minoristas que proviene de la venta de estos artículos no comestibles y alimentos calientes.



**La suma de 18a, 19a y 20b debe equivaler al 100 por ciento.**

**Pregunta 21 - Cantidad de Cajas Registradoras:**

Indique la cantidad de cajas registradoras en esta tienda.

**Pregunta 22 - Tienda Abierta Todo el Año:** Marque la casilla para indicar si su tienda está abierta todo el año.

**Pregunta 22a:** Si respondió “No” a la pregunta 22, marque las casillas junto a los meses en los que la tienda opera comercialmente.

**Pregunta 23 - Abierta las 24 Horas, 7 Días a la**

**Semana:** Marque la casilla para indicar si su tienda está abierta durante las 24 horas, los 7 días a la semana.

**Pregunta 23a:** Si respondió “No” a la pregunta 23, indique la hora de apertura y cierre para cada día de la semana en que su tienda está abierta y operando, e indique AM o PM.

**Pregunta 24 - Información o Comentarios**

**Adicionales:** Ingrese cualquier información o comentarios adicionales que le gustaría proveer al FNS, tales como circunstancias especiales que el FNS debería saber sobre su tienda y esta solicitud.

---

**Aviso Relativo a la Ley de Privacidad y de Reducción de Trámites.**

El tiempo requerido para llenar este formulario de recopilación de información se estima que varía de 1 a 11 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, hacer búsquedas en las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener la información necesaria, y llenar y revisar la información recopilada.

**Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y ninguna persona está obligada a responder, un sondeo de obtención de información, a menos que este presente un número de control válido de la OMB.** Envíe sus comentarios relacionados con este cálculo de carga de trabajo o cualquier otro aspecto en referencia a esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga de trabajo, a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, Room 1014, 3101 Park Center Dr., Alexandria, VA 22302, ATTN: PRA (0584-0008). No envíe el formulario lleno a esta dirección. En lugar de ello, vea la sección *Cómo solicitar*.

Para presentar una queja de discriminación, escriba a: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Ave, SW, Washington, D.C. 20250-9410. No envíe el formulario de solicitud lleno a esta dirección.