

CITY OF MIAMI BEACH COMMUNITY GROCERY CARD APPLICATION

The City of Miami Beach is providing grocery gift cards to residents adversely impacted by COVID-19 who 1) complete this form; 2) provide valid, government-issued identification; and 3) whose household income does not exceed 80% Area Median Income for its household size:

1 person	2 persons	3 persons	4 persons	5 persons	6 persons	7 persons	8 persons
\$51,200	\$58,500	\$65,800	\$73,100	\$78,950	\$84,800	\$90,650	\$96,500

I, _____, hereby affirm and/ or attest to the following:

- I am completing this application as a formal request to participate in the City’s grocery card program;
- I am a current resident of the City of Miami Beach residing at:
Address: _____ Unit #: _____
- My contact information is:
Email: _____
Telephone: _____
- My household is comprised of the following:
 I am the sole member of my household
 My household is comprised of _____ people including myself
- My household income is \$_____ per year.
- I understand that this program is intended to assist residents who have been adversely impacted financially by COVID-19 as demonstrated by a reduction in household income as a result of job loss or reduction or have incurred increased household expenses to respond to the virus. My household has suffered the following financial setbacks as a result of COVID-19:
 Head of household has lost employment or had work hours reduced.
 One or more members of the household have lost employment or had work hours reduced.
 Household expenses have increased as a result of COVID-19 (i.e. masks, sanitizers, transportation expenses, etc.) resulting in financial hardship.
- I am providing a copy of a valid government-issued identification that reflects my current Miami Beach address.
- I acknowledge and agree that my household can only receive one (1) gift card, and that I will not use this grocery gift card for the purchase of alcoholic beverages or tobacco/nicotine products.



Pursuant to Florida Statute 95.525, under penalty of perjury, I declare that I have read the foregoing and that the facts stated in it are true. Accordingly, by signing this application and attesting to the facts stated herein under penalty of perjury, I understand that a knowingly false declaration with respect to any of the matters stated herein may subject me to criminal penalties.

Signature

Date

Staff Review: _____

Approved. Declined

SOLICITUD DE LA TARJETA COMUNITARIA DE ALIMENTOS DE LA CIUDAD DE MIAMI BEACH

La Ciudad de Miami Beach está proporcionando tarjetas de regalo de comestibles a los residentes afectados por COVID-19 que 1) completen este formulario; 2) proporcionen una identificación válida emitida por el gobierno; y 3) cuyos ingresos familiares no superen el 80% del ingreso medio del área según el tamaño de su hogar:

1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas	6 personas	7 personas	8 personas
\$51,200	\$58,500	\$65,800	\$73,100	\$78,950	\$84,800	\$90,650	\$96,500

Yo, _____, afirmo y/o doy fe de lo siguiente:

- Estoy completando esta solicitud como una petición formal para participar en el programa de tarjetas de alimentos de la ciudad;
- Soy un residente actual de la ciudad de Miami Beach que reside en:
Dirección: _____ Número de apartamento: _____
- Mi información de contacto es:
Correo electrónico: _____
Teléfono: _____
- Mi casa está compuesta por lo siguiente:
 Soy el único miembro de mi familia.
 Mi hogar está compuesto por _____ personas, incluyéndome a mí.
- Mi ingreso familiar es de _____ dólares al año.
- Entiendo que este programa tiene como objetivo ayudar a los residentes que han sido afectados económicamente por COVID-19 como se demuestra por una reducción en los ingresos del hogar como resultado de la pérdida o reducción del trabajo o han incurrido en mayores gastos del hogar para responder al virus. Mi hogar ha sufrido los siguientes reveses financieros como resultado de COVID-19:
 El/la cabeza de familia ha perdido su empleo o se le han reducido las horas de trabajo.
 Uno o más miembros del hogar han perdido su empleo o se les han reducido las horas de trabajo.
 Los gastos del hogar han aumentado como resultado de COVID-19 (es decir, máscaras, desinfectantes, gastos de transporte, etc.) lo que ha dado lugar a dificultades financieras.
- Estoy proporcionando una copia de una identificación válida emitida por el gobierno que refleja mi dirección actual en Miami Beach.
- Reconozco y acepto que mi hogar sólo puede recibir una (1) tarjeta de regalo, y que no usaré esta tarjeta de regalo de supermercado para la compra de bebidas alcohólicas o productos de tabaco/nicotina.



De acuerdo con el Estatuto de la Florida 95.525, bajo pena de perjurio, declaro que he leído lo anterior y que los hechos expuestos en él son verdaderos. Por consiguiente, al firmar esta solicitud y atestiguar los hechos aquí expuestos bajo pena de perjurio, entiendo que una declaración falsa a sabiendas con respecto a cualquiera de los asuntos aquí expuestos puede someterme a sanciones penales.

Firma

Fecha

Revisión del personal: _____ Aprobado. Rechazado