

Solicitud simple para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) - para los hogares de personas mayores o discapacitadas

Usted puede utilizar esta solicitud para solicitar beneficios de SNAP si:

- Todos los miembros del hogar tienen 60 años o más o tienen una discapacidad, compran y preparan la comida juntos y no reciben ningún ingreso de un empleo; O
- Todos los miembros del hogar tienen 60 años o más o tienen una capacidad, no reciben ningún ingreso de un empleo, y compran y preparan la comida por separado de los otros miembros del hogar.

Introducción

- ¿Puede usted leer, escribir y entender inglés? Sí No
- ¿Necesita un intérprete? De ser así, ¿qué idioma? _____ Sí No
- Le recomendamos que responda la mayor cantidad de preguntas que pueda, a menos que las instrucciones le indiquen que puede optar por no responder. Mientras más completa sea la información que tengamos, más rápido podremos procesar su solicitud.
- **Podemos empezar su solicitud cuando usted escriba su nombre y dirección, y firme esta solicitud.**
- Por favor, proporcione un número de teléfono. Si podemos comunicarnos con usted por teléfono podremos procesar su solicitud más rápido.
- Si es elegible, los beneficios de SNAP comienzan a partir de la fecha de la recepción de su solicitud. Le informaremos en un plazo de 30 días, si es elegible o no.
- Si necesita ayuda con esta solicitud, por favor llame a la oficina de asistencia de su condado local. Llame a nuestro CENTRO DE SERVICIO AL CLIENTE al 1-877-395-8930. Si vive en Philadelphia, llame al 1-215-560-7226.

Quick SNAP! ¡Quizás pueda obtener beneficios de SNAP en 5 días! Responda estas preguntas, firme este formulario y ¡désele a su la oficina de asistencia de su condado local antes de las 5 p.m. hoy mismo! Su la oficina de asistencia de su condado local programará una entrevista con usted.

| | |
|---|---|
| Total de ingresos mensuales, para usted y cualquier otra persona que solicite beneficios, antes de que se deduzcan los impuestos: \$ _____ | ¿Usted paga los costos de calefacción o aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Total de recursos (los recursos son dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorros): \$ _____ | ¿Usted paga por servicios públicos además del teléfono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es Sí, ¿Qué servicios públicos?</i> _____ |
| Total de alquiler/renta o hipoteca para usted y cualquier otra persona que solicite beneficios: \$ _____ | ¿Usted, o alguien para quien usted está solicitando beneficios, es un trabajador migrante o trabajador agrícola estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| SU APELLIDO | SU PRIMER NOMBRE | INICIAL DEL 2º. NOMBRE | SU FECHA DE NACIMIENTO (DDMMAAAA) |
| SU DIRECCIÓN (INCLUYA CIUDAD, ESTADO & CÓDIGO POSTAL) | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
| CONDADO | NÚMERO DE TELÉFONO (CASA) | NÚMERO DE TELÉFONO (CASA) | MEJOR HORA PARA LLAMAR |

| Llene la siguiente sección para cada miembro de su hogar. | | | | Escriba la información en ESTE LADO de la línea sólo si la persona está solicitando beneficios de SNAP | Opcional, marque todo lo que corresponda | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------|--|--|---------------|------------------------------|----------|-----------|-----------------------------------|----------------|
| Apellido, Primer Nombre, Inicial 2º. Nombre | Género M/F | Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) | Relación con usted | | Número de seguro social | 1 | 3 | 4 | 5 | 7 | Etnia 2 |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | ¿Ciudadano estadounidense? * (Si NO es ciudadano, se le pedirá que proporcione la documentación de su extranjero, nombre, inicial de su segundo nombre y apellido) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | AFROAMERICANO | AM. INDIANO NATIVO DE ALASKA | ASIÁTICO | CAUCÁSICO | NA-HAWAIANO O ISLEÑO DEL PACÍFICO | ORIGEN HISPANO |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | |

*La información de su situación como extranjero puede estar sujeta a verificación a través de USCIS y dicha información puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios de la unidad familiar.

¿Le gustaría que alguien ajeno a su hogar complete esta solicitud por usted o sea su representante autorizado?

Sí No **De ser así, por favor proporcione la siguiente información:**

Nombre del Representante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Un representante autorizado es alguien que conoce las circunstancias de su hogar y que pueda ayudarle a solicitar, obtener o usar Beneficios de SNAP para su hogar.

Ingresos

¿Alguien tiene algún ingreso? Sí No **De ser así**, por favor proporcione el ingreso que haya recibido este mes o espera recibir este mes.

Los ingresos incluyen, pero no se limitan a: Seguro Social; Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI); Manutención de menores; Pensión alimenticia; Desempleo o Compensación de los Trabajadores; Pensiones; Dividendos o Interés; Alojamiento y Comida; Seguro de discapacidad privado; Beneficios para Veteranos; Distribuciones y pagos de pensión de una cuenta individual de retiro

| PERSONA CON INGRESOS | TIPO/FUENTE DE INGRESO | CUÁNTO | CON QUÉ FRECUENCIA | FECHA DE RECIBO |
|----------------------|------------------------|--------|--------------------|-----------------|
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |
| | | \$ | | |

Gastos del Hogar



Si usted no reporta los gastos del hogar y no proporciona evidencia sobre los gastos si es necesario, vamos a suponer que usted no quiere una deducción por estos gastos. (Departamento de Agricultura de EE.UU. Servicio de Nutrición y Alimentación, Región del Atlántico Medio, Nota Administrativa 6-99, emitida el 4 de enero de 1999)

¿Alguien en su hogar paga por cuidado de niños o por el cuidado de un adulto que tenga una discapacidad para poder ir a trabajar, asistir a la escuela o ir a capacitación?
 Sí No **En caso afirmativo**, ¿cuánto paga cada mes? \$ _____

| | |
|---|--|
| ¿Alguien en su hogar paga manutención de menores a alguna persona que no viva con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿Lo hace por orden judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Alguien en su hogar recibe Asistencia de Vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿qué tipo? _____ En caso afirmativo , ¿recibe usted una asignación para pagar servicios públicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Usted paga por calefacción o aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Usted paga algún otro servicio público (agua, alcantarillado, teléfono, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , por favor enumérelos: _____ |

Si usted tiene cualquiera de estos gastos, ¿cuánto paga mensualmente?

ALQUILER: \$ _____ GASTOS DE CONDOMINIO: \$ _____ SEGURO DEL PROPIETARIO: \$ _____
 HIPOTECA: \$ _____ IMPUESTOS SOBRE LA PROPIEDAD: \$ _____

¿Usted o alguien en su hogar paga de su bolsillo los gastos médicos por una cantidad superior a \$35 al mes? Sí No
 Los gastos médicos incluyen artículos tales como seguro de salud o primas de Medicare, suministros relacionados con la salud, equipos médicos, recetas, facturas del hospital o del médico, etc.
 TOTAL DE GASTOS MÉDICOS MENSUALES: \$ _____ ¿QUIÉN TIENE LOS GASTOS? _____

Consulta de Antecedentes Penales

¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado por fraude a la asistencia social o mal uso de los beneficios? Sí No
En caso afirmativo, escriba quién: _____ Fecha _____ Estado _____
 ¿Hay alguien en su hogar que sea un criminal fugado o violador de libertad bajo palabra/libertad condicional? Sí No **En caso afirmativo**, escriba quién:
 Nombre del (los) miembro(s) del hogar _____ Fecha _____ Estado _____

Al firmar a continuación, certifico que las personas para las cuales estoy solicitando son ciudadanos de Estados Unidos o no son ciudadanos, pero están en un estado migratorio legal. Entiendo mis derechos y responsabilidades y sé que tengo que firmar esta solicitud para ser elegible para los beneficios SNAP en virtud de la ley y certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender, y que hay sanciones por no decir la verdad sobre mi familia y sobre mí. **Por favor firme a continuación.**

X

 Firma del solicitante o del Representante Autorizado

 Fecha

Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? Sí No
SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de electores, podemos ayudarlo. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA, Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA).

Lea sobre sus derechos y responsabilidades.

- Entiendo que la información en este formulario se mantendrá confidencial.
- Autorizo la divulgación de mi información personal, financiera y médica hacia y desde el Departamento de Servicios Humanos (DHS) con el propósito de determinar la elegibilidad para SNAP.
- Estoy de acuerdo en que debo reportar todos los cambios necesarios en mi hogar o situación financiera a la oficina de asistencia del condado dentro de los primeros diez días del mes siguiente al mes del cambio.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con una decisión tomada en esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de los empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Entiendo que la ley federal exige que los solicitantes de SNAP proporcionen su número de Seguro Social. Si los números de Seguro Social no se proporcionan o no son incluidos en la solicitud, la persona no será elegible para SNAP. Estos números se pueden utilizar para verificar la información en esta solicitud. (7CFR 273.6) Estos números serán cotejados con los registros de la policía del estado de Pensilvania, los archivos judiciales de Pensilvania y otros registros que están disponibles.
- Entiendo que tengo derecho a ayuda en cuanto a interpretación y traducción si no hablo o no leo inglés. El servicio se proporcionará dentro de los plazos requeridos para la tramitación de la solicitud.
- Entiendo que el estado puede obtener información de otras fuentes acerca de mis circunstancias, incluyendo coincidencias en la base de datos y servicios de ciudadanía e inmigración de Estados Unidos.
- Certifico que entiendo mis derechos y responsabilidades a lo mejor de mi capacidad.
- Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera, bajo apercibimiento de perjurio.
- El incumplimiento de informar o proporcionar prueba de los gastos del hogar será considerado como mi afirmación de que no quiero recibir una deducción por gastos no reportados o no comprobados (Autoridad; Departamento de Agricultura, Servicio de Alimentación y Nutrición, Región del Atlántico Medio de Estados Unidos, Información administrativa 6- 99 emitida el 4 de enero de 1999) Entiendo que tengo el derecho a recibir crédito por los gastos del hogar en el momento que provea la información y es posible que se me pueda pedir que proporcione prueba de ellos en cualquier momento durante mi período de certificación para SNAP.

Lea sobre sus derechos y responsabilidades

No deberá:

- dar información falsa, incorrecta o incompleta;
- intercambiar, vender o cambiar su Tarjeta de Beneficios Electrónicos (EBT) o su tarjeta PA ACCESS;
- utilizar una EBT o TARJETA DE ACCESO PA de otra persona;
- utilizar sus beneficios de SNAP para comprar artículos no permitidos, tales como bebidas alcohólicas o tabaco;
- utilizar sus beneficios de SNAP para comprar drogas ilegales, armas de fuego, municiones y explosivos;
- utilizar sus beneficios de SNAP para pagar alimentos ya recibidos, o por la comida que se recibirá en el futuro. Esto significa que usted no podrá utilizar sus beneficios de SNAP para comprar alimentos a crédito.

Cualquier miembro de su familia que sea declarado culpable por un tribunal o una audiencia de descalificación administrativa por infringir cualquiera de las reglas anteriores o que firme un acuerdo de inhabilitación de consentimiento voluntario o renuncia de audiencia de descalificación administrativa tendrá prohibido obtener beneficios SNAP durante un máximo de:

- 12 meses por la primera violación; y
- 24 meses por la segunda violación; y
- permanentemente por la tercera violación.

Cualquier miembro del hogar hallado culpable por un tribunal por haber utilizado los beneficios de SNAP para comprar drogas ilegales será descalificado durante:

- 24 meses por la primera violación; y
- permanentemente por la segunda violación.

Cualquier miembro del hogar hallado culpable por un tribunal de compra o venta de los beneficios de SNAP, EBT, tarjetas de acceso, u otros instrumentos de prestaciones por dinero en efectivo o consideración que no incluya alimentos, o el intercambio de armas de fuego, municiones o explosivos por la cantidad de \$500 o más en beneficios de SNAP también será descalificado de forma permanente.

Cualquier miembro del hogar hallado culpable por un tribunal o una audiencia de descalificación administrativa de tergiversar su identidad o residencia para recibir múltiples asignaciones de SNAP será descalificado durante 10 años.

Cualquier miembro del hogar que huya para evitar persecución, detención o reclusión por un delito grave, o tentativa de delito grave, o que viole una condición de libertad condicional o bajo palabra, será elegible hasta que se rectifique la situación.

Si no informa los cambios cuando corresponda, sus beneficios pueden ser reducidos o suspendidos. Si usted intencionalmente no proporciona información correcta o informa acerca de los cambios, puede ser multado y/o encarcelado. El uso impropio de la tarjeta SNAP PA ACCESS o transferencias electrónicas de beneficios pueden resultar en una multa, encarcelamiento, o ambos.

Si es hallado culpable de violar estas reglas o de cometer fraude, también podría ser:

- multado hasta con \$250,000;
- encarcelado hasta 20 años; y/u
- obligado a pagar los beneficios de SNAP que ha recibido.

DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley Federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas del Departamento de Agricultura (USDA), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen, sexo, religión, discapacidad, edad, creencias políticas y tomar represalias por actividades anteriores de los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje gestual, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, completar el Formulario de USDA del programa de quejas por discriminación (AD-3027), que se encuentra en línea en: www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o por medio de una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Enviar el formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo al Departamento de Agricultura, Oficina de la Secretaría de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington, DC 20250-9410 EE.UU.; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que respeta la igualdad de oportunidades.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

(I) La recopilación de esta información, incluyendo el número de seguro social (SSN) de cada miembro del hogar, está autorizada bajo la Ley de Cupones para Alimentos de 1977, según enmienda, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se utilizará para determinar si su hogar es elegible o continúa siendo elegible para participar en SNAP. Vamos a verificar esta información por medio de programas en la base de datos que coincidan. Esta información también será utilizada para vigilar el cumplimiento de las normas del programa y para la gestión del programa.

(ii) Esta información puede ser compartida con otras agencias federales y estatales para análisis de carácter oficial, y a los agentes del orden público con el fin de aprehender aquellas personas que huyan de la ley.

(iii) Si una reclamación SNAP se presenta en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de seguro social, pueden ser referidos a las agencias federales y estatales, así como a las agencias de cobro de créditos privados, por acción de cobro de reclamaciones.

(iv) Proporcionar la información solicitada, incluyendo el número de seguro social de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar un NSS (número de seguro social) dará lugar a la denegación de los beneficios de SNAP para cada individuo que no proporcione un NSS. Cualquier NSS proporcionado será utilizado y dado a conocer de la misma manera que los NSS de los miembros elegibles del hogar.

Si usted tiene una discapacidad y necesita esta solicitud en letra grande o en otro formato, por favor llame a nuestra Línea de Ayuda al **1-800-692-7462**. Hay servicios TDD disponibles llamando al **1-800-451-5886**.

Esta es una solicitud de beneficios de SNAP. Si necesita esta solicitud en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Перед вами заявление на получение льгот по программе SNAP. Если вам нужно получить данное заявление на другом языке или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки по вопросам социального обеспечения. Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

Đây là đơn xin trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc nhờ người nào đó thông dịch, xin liên lạc với văn phòng trợ giúp tại quận địa phương của quý vị. Sẽ có trợ giúp ngôn ngữ miễn phí.

នេះគឺជាពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែសូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយការប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

这是一份营养补充援助计划 (SNAP) 福利的申请表。如果您需要其他语言的申请表或需要请人口译, 请联系您所在郡的协助办事处 (County Assistance Office)。将免费提供语言协助。



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Puede solicitar en línea: www.compass.state.pa.us