



OFICINA DE ASISTENCIA TEMPORAL Y ASISTENCIA PARA INCAPACITADOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

SOLICITUD PARA CUPONES DE ALIMENTOS

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------

Nombre _____ Número de teléfono: _____

Dirección residencial _____ Ciudad _____, NY Código Postal _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Ciudad _____, NY Código Postal _____

Otro número de teléfono donde se le pueda localizar _____ Quiere recibir avisos en: español e inglés inglés **solamente**

Incluya a todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando beneficios. Escriba su nombre primero.

	Primer nombre	Inicial	Apellido	Número de Seguro Social (SSN) del solicitante	Fecha de nacimiento	Sexo M F	¿Está solicitando beneficios ésta persona?		Parentesco con usted	¿Compra y/o prepara las comidas con usted ésta persona?		¿Hispano(a) o Latino(a)?		Indique S (Sí) o N (No) para cada raza*						
							Sí	No		Sí	No	Sí	No	I	A	B	P	W		
1							✓		Yo mismo(a)	✓										
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*Códigos de Raza/Etnia: **I**–Norteamericano(a) nativo(a) o nativo(a) de Alaska, **A**–Asiático(a), **B**– Negro(a) o Afro americano(a), **P**– Nativo(a) de Hawai o Islas del Pacífico, **W**–Blanco(a)

¿Son ciudadanos estadounidenses todas las personas que viven con usted? Sí No En caso negativo, ¿quién no es ciudadano(a)? _____

¿Es alguna de las personas que vive con usted prófugo de la justicia por delitos mayores o está en violación de la libertad condicional (probation) o libertad bajo palabra (parole) dispuesta por un tribunal de justicia? Sí No

¿Alguna de las personas que vive con usted fue alguna vez suspendida del Programa de Cupones de Alimentos por fraude o violación intencional del programa? Sí No

¿Alguna de las personas que vive en su hogar está solicitando o está recibiendo asistencia en otro lugar? Sí No

¿Alguna de las personas que vive con usted es ciego(a), incapacitado(a) o está embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Es alguna de las personas que vive con usted veterano de guerra? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Alguna de las personas que vive con usted reside en un centro de tratamiento por el uso de drogas o alcohol, residencia en grupo o apartamento subsidiado por el Estado con servicios de apoyo? Sí No

Si esta es una recertificación para cupones de alimentos (FS), incluya en la última página cualquier cambio en las circunstancias de su hogar que haya ocurrido desde la última vez que presentó su solicitud o recertificación (por ejemplo: se mudó, tuvo un(a) niño(a), alguien vino a vivir a su hogar o se marchó de éste).

Debemos aceptar su solicitud si ésta contiene, por lo menos, su nombre, su dirección (si tiene una) y la firma en ésta casilla. →	FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE	FECHA DE LA FIRMA
---	-------------------------------------	-------------------

INGRESOS

Incluya **TODOS** los ingresos de todas las personas que viven con usted. Esto incluye, pero no se limita, a los siguientes tipos de ingresos: **salarios, ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia (por ejemplo: cuidado de niños, tareas de limpieza, ingresos provenientes de un huésped o pensionista), manutención infantil, pensiones, beneficios para veteranos, incapacidad, seguro social o SSI, subsidios de becas para alquiler o alimentos, Asistencia Pública e ingresos provenientes de amigos(as) o parientes.**

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Fuente del ingreso	¿Con qué frecuencia lo recibe? (por ejemplo: semanal, quincenal, mensual)	Cantidad en bruto recibida antes de las deducciones

¿Tiene alguna persona que vive con usted gastos por cuidado de niños/personas a cargo, debido a un empleo o capacitación? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____

Cantidad pagada (\$) _____. ¿Con qué frecuencia se paga? (por ejemplo: semanal, mensual) _____.

¿Alguna de las personas que vive con usted ha cambiado de trabajo, dejado el trabajo, o ha tenido una reducción en fuente de ingresos en los últimos 30 días - incluyendo menos horas de trabajo o menos ingresos? Sí No

¿Alguna de las personas que vive con usted cuenta con un ingreso potencial que aún no ha recibido? Sí No *En caso afirmativo, explique en la última página.*

¿Alguna de las personas que vive con usted recibe Asignación para Necesidades Personales (PNA) o Asignación para Alimentos? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____

¿Alguna de las personas que vive en su hogar ha ahorrado ingresos bajo el programa "PASS: Plan de ayuda a sí solo" aprobado por la Administración de Seguro Social? Sí No
En caso afirmativo, ¿quién? _____.

¿Alguna de las personas que vive con usted está participando en una huelga? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____.

RECURSOS

¿Cuánto dinero tiene cada una de las personas que solicita beneficios? (Por ejemplo: cuánto tienen consigo, en su hogar, en la cuenta corriente y caja de ahorro, o en otro lugar, incluyendo cuentas en tenencia conjunta). \$ _____ pertenecen a _____.

¿Otros activos financieros? (Por ejemplo: acciones, bonos, cuentas de retiro, bonos de ahorro, fondos mutuos, cuentas de retiro (IRA), fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero) Sí No
En caso afirmativo, cantidad en \$ _____ Tipo _____ Propietario _____.

¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tiene usted? N° 1 Año _____ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____ Usado para: _____
N° 2 Año _____ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____ Usado para: _____

¿Usted o alguno de los solicitantes es dueño(a) de alguna propiedad, incluyendo casa propia? Sí No *Tipo _____ Propietario _____.*

¿Alguno de los solicitantes vendió, regaló o transfirió dinero o propiedades durante los últimos tres meses a fin de reunir los requisitos para recibir Cupones de Alimentos? Sí No

VIVIENDA Y GASTOS

Marque todas las descripciones que correspondan a su hogar:

Casa propia o está pagando por una casa Alquiler Trabajador migrante estacional de finca No tiene residencia permanente Vive con parientes o amigos

Indique sus gastos: Pagos mensuales de alquiler o hipoteca \$ _____ Impuestos inmobiliarios anuales \$ _____ Seguro anual de la casa \$ _____

Gastos mensuales de calefacción/aire acondicionado \$ _____ Especifique el tipo de calefacción: Gas Electricidad Aceite Leña Carbón Otro (Indique) _____

Gastos mensuales por servicios públicos (aparte de la calefacción/aire acondicionado) \$ _____ Otros (por ejemplo: recolección de desperdicios y basura, agua, pago inicial por acceso a servicios públicos) \$ _____.

Gastos mensuales de teléfono \$ _____.

¿Tiene aire acondicionado o aire acondicionado centralizado? Sí No

¿Alguna de las personas que vive con usted paga alguno de los siguientes servicios por usted (incluyendo Sección 8 de vivienda u otro programa de subsidio)? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____.

¿Alguna de las personas que vive con usted paga manutención infantil por orden judicial? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____.

Nombre de los niños por los cuales se paga manutención infantil _____.

Cantidad del pago \$ _____ Frecuencia del pago (por ejemplo: semanal, quincenal, mensual) _____.

¿Alguna de las personas que vive con usted tiene gastos médicos? Sí No *En caso afirmativo, indique en la última página; el tipo, la cantidad, y la persona responsable por dichos gastos.*

¿Alguna de las personas que vive con usted (de 16 años de edad o mayor) asiste a la escuela o participa en algún programa de capacitación? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ *¿dónde?* _____.

Puede usar la última página si necesita más espacio o proporcionar información adicional necesaria.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME AL FINAL DE LA PÁGINA

ADVERTENCIAS SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON LOS BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS (FS) - Toda información que proporcione en relación con su solicitud para Beneficios de Cupones de Alimentos estará sujeta a verificación por autoridades federales, estatales y locales. Se le podrá denegar el beneficio de FS de encontrarse información inexacta. Se le someterá a enjuiciamientos penales por proporcionar a sabiendas información incorrecta.

Nunca más podrá obtener beneficios de FS si se le declara culpable por segunda vez en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere una receta médica) a cambio de FS o si se le declara culpable, en un tribunal de justicia, de vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de FS o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de traficar FS por un valor de \$500 o más. Tráfico incluye el uso ilegal, la transferencia, la adquisición, la manipulación o la posesión ilegal de FS, tarjetas de autorización o elementos de acceso; o si es declarado culpable de cometer la tercera Violación Intencional del Programa (IPV).

No podrá recibir FS durante dos años si se le declara culpable por primera vez, en un tribunal de justicia, de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere una receta médica) a cambio de FS.

Si ha cometido su: ■ Primera IPV, no podrá recibir FS durante un año. ■ Segunda IPV, no podrá recibir FS durante dos años.

También, un tribunal de justicia puede prohibirle que reciba beneficios de Cupones de Alimentos durante 18 meses adicionales. Si hace una declaración falsa sobre su identidad o domicilio a fin de recibir múltiples FS, no podrá recibir FS durante diez años (o **en forma permanente** si ésta es su tercera IPV).

Se le puede declarar culpable de una Violación Intencional del Programa, si presta testimonio falso o engañoso, o hace representaciones falsas, oculta o retiene hechos; o comete un acto que constituya violación de una ley federal o estatal con el objeto de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar cupones, tarjetas de autorización o documentos reusables utilizados como parte del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Se le podrá imponer una multa de hasta \$250,000 o pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones.

CONSENTIMIENTO - Entiendo que al firmar esta solicitud doy mi consentimiento para que se realice cualquier investigación por el Departamento de Servicios Sociales a fin de verificar o confirmar la información suministrada o para cualquier otra investigación realizada en relación con mi solicitud para beneficios de FS. Suministraré información adicional si ésta se requiere y también cooperaré con el personal estatal y federal para realizar una Revisión de Control de Calidad relacionada a los Beneficios de Cupones de Alimentos.

INFORMACIÓN SOBRE SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA) - Entiendo que los beneficiarios de Cupones de Alimentos reúnen los requisitos en base a una categoría de ingresos para el Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP para ciertos beneficiarios de FS, tengo intenciones de solicitar el beneficio dentro de los próximos 12 meses. Si decido no solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses, le informaré de esta situación a mi trabajador(a) de casos.

CAMBIOS - Acepto informar **con prontitud** a la agencia de todo cambio que se produzca pertinente a mis necesidades, ingresos, propiedades, condiciones de vivienda, o domicilio, según mi leal saber y entender.

RESPONSABILIDAD DE REPORTAR/VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR - Entiendo que mi hogar deberá reportar los gastos por cuidado de niños y servicios públicos para obtener deducciones por estos gastos con relación a los Cupones de Alimentos. Además, entiendo que mi hogar deberá reportar y comprobar los pagos de alquiler/hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y manutención infantil pagados a toda persona que no sea miembro del hogar con el fin de obtener una deducción por estos gastos en los Cupones de Alimentos.

Entiendo que el no reportar/no comprobar los gastos anteriores se interpretará como una declaración por parte de mi hogar de que yo/nosotros no queremos obtener la deducción por dichos gastos no reportados/no verificados. La deducción por estos gastos podría ayudarme a reunir los requisitos para recibir FS o puede aumentar mis beneficios de FS. Entiendo que puedo reportar/verificar estos gastos cuando lo desee en el futuro. En cuyo caso, esta deducción se aplicará al cálculo de los beneficios de FS en meses futuros de acuerdo con las reglas para reportar cambios.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - RECOPIACIÓN Y USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) - La recopilación de los SSN de cada miembro del hogar con respecto al beneficio de Cupones de Alimentos está autorizada conforme a la Ley de Cupones de Alimentos de 1977 (7 US Code, enmendado 2011-2036). La información que recopilamos será usada para determinar si su hogar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para recibir los beneficios. Verificaremos esta información por emparejamiento mediante programas informáticos. Esta información también será usada para supervisar el cumplimiento de las reglas del programa y para la administración del programa. La información se utilizará para verificar la identidad, verificar ingresos trabajados y no trabajados y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero o cualquier otro tipo de ayuda. Esta información puede ser divulgada a agencias estatales y federales para una revisión oficial, y a autoridades del orden público con el propósito de arrestar personas que estén huyendo de la ley.

Si no tiene un SSN y necesita uno, la información que usted suministre al distrito de Servicios Sociales puede ser utilizada para obtener uno.

CERTIFICACIÓN O SITUACIÓN DE CIUDADANÍA/EXTRANJERO- BENEFICIARIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS – Juro y declaro **so pena de perjurio que todos los miembros de mi hogar excepto _____ son ciudadanos de Estados Unidos (EE.UU.) o residentes o personas que tienen una situación satisfactoria de inmigración.** Entiendo que la información relativa al hogar que recibe Cupones de Alimentos será sometida al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para la verificación de la situación migratoria, de ser pertinente. Además, acepto que el uso o la revelación de información sobre los miembros de mi hogar, incluyéndome a mí mismo(a), que solicitan o reciben el beneficio de FS, se restrinja a las personas u organizaciones directamente relacionadas con la verificación de la situación migratoria y la administración o aplicación de las disposiciones del Programa de Cupones de Alimentos. También, comprendo que la información proveniente del INS puede afectar la situación de mi hogar con relación a los requisitos necesarios para recibir beneficios o determinar el nivel de beneficios.

AVISO- NO SE DISCRIMINA - De acuerdo con las políticas de las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), a ésta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de la piel, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o incapacidad. Si desea presentar una queja por discriminación, debe escribir al: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y sordos). USDA es un proveedor y empleador que brinda igualdad de oportunidades.

REPRESENTANTE AUTORIZADO - Puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar para que solicite los beneficios de FS en su favor. Si así lo decide, dicha persona deberá firmar al pie de ésta página. Además, también puede autorizar a otra persona que nos sea miembro de su hogar, para que obtenga FS en su favor y los utilice para comprar los alimentos por usted. Si desea autorizar a otra persona, escriba en letra de molde abajo, el nombre de dicha persona, la dirección y número de teléfono.

CERTIFICACIÓN: Juro y/o declaro solemnemente so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito local de Servicios Sociales es correcta.

FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL ESPOSO/ESPOSA	FECHA DE LA FIRMA
X		X	9

SI ESTÁ PRESENTADO ESTA SOLICITUD COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO DE OTRA PERSONA, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE AQUÍ EL NOMBRE SUYO Y SU DIRECCIÓN. PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre _____ Dirección _____ Número de Teléfono _____

Utilice esta página para información adicional:

¿Quién? _____ Explicación:

¿Quién? _____ Explicación:

¿Quién? _____ Explicación:

11

ACEPTO RETIRAR MI SOLICITUD. Entiendo que puedo volver a presentar la solicitud en cualquier momento.
(I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION. I understand that I may reapply at any time.)

FIRMA (SIGNATURE):

12

FECHA (DATE):

Para uso de la agencia solamente (For Agency Use Only)

Eligibility determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS authorization period: From _____ To _____

Comments: