

OFICINA DE ASISTENCIA TEMPORAL Y ASISTENCIA PARA INCAPACITADOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK  
**CÓMO LLENAR LA SOLICITUD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS**

***¿Solamente quiere solicitar Cupones de Alimentos?***

Puede utilizar este formulario abreviado si solamente quiere solicitar el beneficio de Cupones de Alimentos. Si desea solicitar otros beneficios tales como Asistencia Temporal, Asistencia para el Cuidado de Niños, Programa de Subsidio de Energía para el Hogar o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente. *Esta solicitud sólo se puede usar para solicitar el beneficio de Cupones de Alimentos.*

***Cuando usted solicita el beneficio de Cupones de Alimentos***

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba, si reúne los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha de presentación.
- Puede someter la solicitud antes de presentarse a la entrevista.
- Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, su dirección (si tiene una) y una firma. Esta información establece la fecha de presentación de la solicitud. Sin embargo, para determinar si usted reúne los requisitos, debe llenar toda la solicitud y ser entrevistado(a).

***¿Necesita Cupones de Alimentos de inmediato? Es posible que usted reúna los requisitos para la emisión acelerada de Cupones de Alimentos***

Si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos o éstos son escasos o sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, o es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca con pocos ingresos y recursos o sin ningún ingreso o recurso al momento de solicitar beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir Cupones de Alimentos dentro de un plazo breve. Su trabajador(a) de casos siempre analizará la situación de su hogar para comprobar si reúne los requisitos para el procesamiento acelerado de su solicitud para Cupones de Alimentos. Existe un procedimiento que garantiza la emisión de beneficios a todos los hogares que cumplan con los requisitos para recibir Cupones de Alimentos y la emisión acelerada de cupones de alimentos.

***¿No puede venir a nuestra oficina para la cita relacionada con los Cupones de Alimentos?***

Si se le dificulta presentarse a nuestra oficina para sostener una entrevista (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud o de cuidado de niños) es posible que otra persona pueda presentar la solicitud en su nombre. Además, usted puede enviar su solicitud por correo o dejarla en nuestras oficinas y, en algunos casos, podemos entrevistarle por teléfono. Comuníquese con nosotros al \_\_\_\_\_ si necesita concertar una entrevista por teléfono.

***¿Preguntas?***

Si tiene preguntas al llenar esta solicitud o no sabe si reúne los requisitos para recibir Cupones de Alimentos, se puede comunicar con nosotros llamándonos al \_\_\_\_\_.

**Además de la Solicitud para el Beneficio de Cupones de Alimentos, asegúrese de recibir copias de:**

- **LDSS-4148A-SP:** "Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades"
- **LDSS-4148B-SP:** "Lo que usted debe saber sobre los programas de Servicios Sociales"
- **LDSS-4148C-SP:** "Lo que usted debe saber en caso de una emergencia"

Sírvase escribir en **LETRA DE MOLDE** legible con tinta azul o negra.

**NO** escriba en las áreas sombreadas.

Asegúrese de completar cada sección.

Si usted presenta la solicitud en nombre de otra persona, sírvase completar el formulario con los datos de esa persona, no con los suyos.

### **SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

**NOMBRE:** Escriba **EN LETRA DE MOLDE** su nombre verdadero incluyendo primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.

**NÚMERO DE TELÉFONO:** Escriba **EN LETRA DE MOLDE** el número de teléfono de su casa.

**DIRECCIÓN RESIDENCIAL:** Escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la calle, avenida, camino, etc., donde vive. Escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la ciudad donde vive y el código postal.

**DIRECCIÓN POSTAL:** Escriba **EN LETRA DE MOLDE** la dirección postal, si es diferente de la dirección residencial.

**OTRO NÚMERO DE TELÉFONO:** Escriba otro número de teléfono donde se le pueda localizar.

Marque (✓) si desea recibir avisos en español y en inglés o sólo en inglés.

### **SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

**INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO CON USTED.**

Escriba primero su nombre completo **EN LETRA DE MOLDE**. Luego escriba **EN LETRA DE MOLDE** los nombres de las demás personas que viven con usted.

Escriba **EN LETRA DE MOLDE** la fecha de nacimiento, número de Seguro Social y sexo de cada solicitante. Las personas que no solicitan beneficios y que no comparten los alimentos del hogar, no tienen que incluir sus números de Seguro Social.

Marque (✓) Sí o No para indicar la persona que solicita beneficios.

Para **cada** miembro del hogar, escriba **EN LETRA DE MOLDE** el parentesco con usted (por ejemplo: esposa, hijo, amigo(a), etc.)

Marque (✓) Sí, si ésta persona compra y/o prepara comidas con usted.

Marque (✓) Sí o No para indicar si ésta persona es Hispano(a) o Latino(a)\*

Indique S (Sí) o N (No) para cada raza. 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)\*

\*Estas respuestas son opcionales, si no las contesta, el/la entrevistador(a) tendrá que constatarlas basándose en sus observaciones.

Esta información no afectará los requisitos necesarios para recibir beneficios.

### **SECCIÓN 3:**

Conteste todas las preguntas de la sección 3.

### **SECCIÓN 4:**

Firme su nombre e incluya la fecha solamente si en este momento usted quiere presentar la solicitud sin completar la siguiente página.

### **SECCIÓN 5: INGRESOS**

Incluya los ingresos de todas las personas que viven con usted. Escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la persona que recibe el ingreso, la fuente del ingreso y con qué frecuencia lo recibe. Los ingresos pueden incluir: trabajo habitual (salario), ingresos antes de la huelga, capacitación recibida en el trabajo, reserva militar, guardia nacional, programa estudiantil de trabajo, pensión alimenticia, manutención infantil, ayuda educativa (subsidios, becas, etc.), amigos(as) o parientes (aparte de préstamos), asistencia pública, pensiones o jubilaciones, Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI), beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, beneficios de desempleo, compensación laboral, cuidado de niños, manejo de un taxi, tareas de limpieza de casas u otros sitios, tareas rurales, ingresos provenientes de personas que comparten su hogar, ingresos provenientes de pensionistas o por la realización de artesanías.

**NOTA:** Pagos por Cuidado de Crianza y Beneficios de Cupones de Alimentos - Si usted recibe pagos por el cuidado de crianza de un(a) niño(a) o un adulto, tiene dos alternativas. Puede incluir el niño/la niña o el adulto y los pagos por el cuidado de crianza que recibe el hogar que solicita Cupones de Alimentos, o puede optar por no incluir ni el niño/la niña o el adulto que recibe cuidado de crianza ni los pagos que usted recibe por prestar dichos cuidados. Consulte con su trabajador(a) de casos para determinar de qué forma recibiría el beneficio máximo de Cupones de Alimentos.

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 5.

**SECCIÓN 6: RECURSOS** *Si todos los miembros de su hogar reciben SSI, no es necesario completar esta sección.*

Responda a todas las preguntas de la Sección 6 con sus datos y los de todas las personas que solicitan el beneficio de Cupones de Alimentos. Incluya la cantidad o valor en dólares (\$) y el nombre de la persona que tiene el recurso. **Asegúrese de incluir toda tenencia compartida.** Recursos incluye cualquiera de los siguientes: dinero en efectivo, dinero en efectivo que tengan otras personas, cuentas corrientes o de ahorro, bonos de ahorro, cuentas de retiro privadas, planes de retiro, cuentas individuales para el de desarrollo, acciones/bonos, fondos mutuos, fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero, edificios, terrenos, propiedades en renta, propiedades o casas de verano o recreo además del hogar.

**SECCIÓN 7: VIVIENDA Y GASTOS**

Escriba EN LETRA DE MOLDE la cantidad que paga por alquiler, hipoteca, pensión u otro arreglo realizado para tener alojamiento. Incluya la cantidad en dólares (\$) que paga por impuestos sobre la propiedad, pagos de teléfono, seguro de vivienda (incluyendo seguro contra incendios). Si paga la calefacción por separado del alquiler/hipoteca, escriba EN LETRA DE MOLDE la cantidad en dólares (\$) pagada cada mes por calefacción. Marque (✓) el tipo de calefacción que tiene. Si paga por otros servicios públicos aparte del alquiler/hipoteca, escriba EN LETRA DE MOLDE la cantidad en dólares (\$) pagada cada mes por cada servicio.

Indique si alguno de los solicitantes tiene gastos médicos tales como: servicios por cuidados de enfermería a domicilio, dentaduras postizas, audífonos, espejuelos, perros guías o animal de servicio, pagos de seguro de salud y médicos, atención hospitalaria o de cuidados de enfermería, servicios médicos o dentales, medicamentos recetados o transporte por razones médicas.

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 7.

**SECCIÓN 8: DECLARACIONES LEGALES**

Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. Indique los nombres de las personas que no son ciudadanos Estadounidenses, nacionales o el de las personas que tengan una situación satisfactoria de inmigración.

**Nota:** La ley del Estado de Nueva York estipula multas o encarcelamiento o ambas penas para toda persona declarada culpable de ocultar hechos o de no decir la verdad con el propósito de obtener Cupones de Alimentos.

**SECCIÓN 9: REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA RECIBIR LOS CUPONES DE ALIMENTOS**

Si usted desea que otra persona, que no sea miembro de su hogar, reciba los Cupones de Alimentos o compre los alimentos por usted, escriba EN LETRA DE MOLDE, el nombre, la dirección y el número de teléfono de ésta persona.

**SECCIÓN 10: FIRMAS**

Firme su nombre. Si usted ha llenado la solicitud en su favor de otra persona, firme *su* propio nombre y no el de la otra persona. Indique la fecha en la solicitud.

**SECCIÓN 11: INFORMACIÓN ADICIONAL**

Use esta sección para proporcionarnos información adicional que usted crea necesaria.

**SECCIÓN 12: CONSENTIMIENTO PARA RETIRAR LA SOLICITUD**

Si decide no solicitar los Cupones de Alimentos, firme su nombre e indique la fecha. Usted puede volver a presentar una solicitud cuando lo desee.

**Nota:** La última página de ésta solicitud es un formulario de inscripción para votar. Si necesita ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, consulte con su trabajador(a) de casos. El inscribirse o no para votar no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le brindará.

Tanto la información contenida en su solicitud como la suministrada durante la entrevista será inscrita y almacenada en el sistema estatal conocido como Sistema de Administración de Asistencia Pública ( WMS-por sus siglas en inglés). Este sistema se usa para la administración de los Programas de Servicios Sociales y para prevenir el fraude.

