

Proyecto de Mejora Nutricional del Estado de Nueva York (NYSNIP) Informe Provisional (NYC)

Fecha del aviso:

Fecha límite:

fold _____

Llene este formulario inmediatamente y envíelo a la dirección indicada arriba. Si no devuelve el formulario, tendremos que suspender sus beneficios de cupones para alimentos.

Hemos enviado este formulario porque debemos actualizar los datos de su caso de cupones para alimentos del Proyecto de Mejora Nutricional del Estado de Nueva York (NYSNIP). La ley dice que debemos hacerlo cada dos años. Favor de contestar las preguntas a continuación sobre sus gastos de vivienda y servicios públicos. Dichos gastos influyen en la cantidad de cupones para alimentos que usted pueda recibir. Si nunca nos informó sobre sus gastos de vivienda y servicios públicos, o si dichos gastos han aumentado, probablemente le podamos dar más en cupones para alimentos.

Aunque no tenga cambios que reportar, debe regresar el formulario o se le suspenderán los cupones para alimentos.

Firme y feche el formulario y regréselo a nosotros a más tardar para el día 10 del próximo mes.

Puede responder a este informe llamando al Centro de Ayuda Directa (SSI-FS) al: 718-722-4009

DEBE CONTESTAR LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN

1. ¿Paga usted más de \$229 al mes en gastos de alquiler o pagos de hipoteca, impuestos y seguro inmobiliario? Sí No

Si contestó «**Sí**» y nunca nos ha mandado comprobante de esos gastos, adjunte el comprobante ahora – tales como recibo de alquiler, carta del arrendador, pagos de hipoteca, cheque cobrado o recibo de giro postal.

2. ¿Reside usted en una vivienda pública o subvencionada donde la calefacción está incluida en su alquiler? Sí No

3. Conteste esta pregunta SOLAMENTE si usted vive en una vivienda pública o subvencionada Y el costo de la calefacción está incluido en su pago de alquiler:

a. ¿Le paga usted al arrendador una cantidad mensual adicional por gastos de aire acondicionado? Sí No

b. ¿Paga usted por servicios de electricidad y usa un aire acondicionado? Sí No

(Si contestó «**Sí**» a ya sea la pregunta a. o b., y nunca nos ha mandado comprobante de esos gastos, adjunte el comprobante ahora – tales como factura de electricidad, carta del arrendador, cheque cobrado o recibo de giro postal).

FIRMA DEL SOLICITANTE

X

FECHA DE LA FIRMA

INFORMACIÓN IMPORTANTE

USTED PODRÍA TENER DERECHO A UN MONTO MAYOR DE BENEFICIOS

La cantidad máxima de beneficios de Cupones para Alimentos para una persona es de \$200. Si usted recibe menos de esa cantidad, usted PODRÍA reunir los requisitos para recibir un monto mayor de beneficios, especialmente si ALGUNA de las siguientes situaciones aplica a su caso en particular:

- Si usted tiene **más de \$35** al mes en gastos **médicos no-reembolsables**, en otras palabras, gastos médicos que usted debe pagar de su propio bolsillo, dado que Medicare, Medicaid u otro seguro de salud no los cubre.
- Su pago de **alquiler es más de \$425 al mes.**
- Si su ingreso mensual disminuye por \$75 o más debido a una reducción de su subsidio de SSI.

Si alguna de esas circunstancias aplica a su situación y desea averiguar si puede recibir más en Cupones para Alimentos o si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario, llame al **Centro de Ayuda Directa (SSI-FS) al: 718.722.4009** o llame la Línea Directa de Información sobre Cupones para Alimentos al: 1.800.342.3009. Gracias.

Favor de regresar este informe a la dirección indicada arriba.

Nos agrada que usted participe en el Programa de Cupones para Alimentos y esperamos que continúe haciéndolo. Recuerde, puede responder a este informe llamando al Centro de Ayuda Directa (SSI-FS) al: 718-722-4009