



SOLICITUD/REVALIDACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)



Esta solicitud puede usarse SOLAMENTE para solicitar o renovar el subsidio SNAP

Si usted es ciego o tiene una discapacidad visual grave y necesita esta solicitud en un formato alternativo, puede pedirla a su distrito de servicios sociales. Si desea información adicional sobre los tipos de formatos disponibles y sobre cómo solicitar un formulario en otro formato, consulte el libro de instrucciones (LDSS-4826A) o visite www.otda.ny.gov.

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave, ¿le gustaría recibir notificaciones en otro formato? Sí No

**Si contestó Sí, marque el tipo de formato que desea; Letra grande CD de datos
 CD de audio Braille, si usted determina que ninguno de los otros formatos le será de igual utilidad a usted.**

Si necesita otro formato, comuníquese con su distrito de servicios sociales.

Puede usar este formulario si solamente quiere solicitar o renovar el subsidio SNAP. 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.

Quando usted solicite el subsidio SNAP

- Puede presentar la solicitud el mismo día en que la recibe. Debemos aceptar su solicitud si, como mínimo, contiene su nombre, dirección (si tiene) y una firma. Esta información establecerá la fecha de presentación de su solicitud.
- Para que se determine si reúne los requisitos, debe completar el proceso de solicitud, que incluye tener una entrevista y firmar la declaración de certificación en la página 7 de la solicitud/revalidación. Si reúne los beneficios, recibirá los beneficios de forma retroactiva desde la fecha en que presentó la solicitud.
- Puede solicitar y obtener el beneficio de SNAP para los miembros de su familia que reúnan los requisitos, incluso si usted u otros miembros de la familia no tienen derecho a recibir los beneficios debido a la situación migratoria. Por ejemplo, los padres inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar el subsidio SNAP para los hijos que sí satisfacen los requisitos.
- Todavía puede presentar la solicitud para los beneficios de SNAP y reunir los requisitos, incluso si ya se venció el plazo límite de su Asistencia Temporal.

Cuando usted revalida el subsidio SNAP

- Debe presentar la solicitud de revalidación firmada antes de la entrevista.
- Si no se presenta a la entrevista, es su responsabilidad comunicarse con el distrito de servicios sociales para reprogramarla.

¿Necesita el subsidio SNAP de inmediato? Es posible que usted reúna los requisitos para la tramitación acelerada de su solicitud de subsidio SNAP:

Si su familia no percibe ingresos o recursos líquidos, o estos son escasos, o sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, o usted es un inmigrante o un trabajador agrícola temporal que percibe ingresos y recursos escasos o nulos al momento de solicitar los beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir el subsidio SNAP dentro de los 7 días corridos desde la fecha en la que presentó la solicitud. En el caso de que un residente de una institución solicite conjuntamente beneficios de SSI y SNAP antes de salir de la institución, la fecha registrada de presentación de la solicitud será la fecha de salida del solicitante de la institución.

Dónde puede solicitar el subsidio SNAP

Si usted vive **en las afueras de** la Ciudad de Nueva York, puede solicitarlo en línea en myBenefits.ny.gov; o llame o visite el distrito de servicios sociales (SSD) en el condado en el que vive y pida el paquete de solicitud que puede enviar por correo o llevar a la oficina correspondiente. Puede obtener la dirección y el número de teléfono del distrito de servicios sociales en su condado llamando a la línea gratuita **1-800-342-3009**.

Si vive en la **Ciudad de Nueva York** y **no** solicitará también Asistencia Temporal, puede enviar la solicitud en línea en <https://www.nyc.gov/hra>; o llame o visite cualquier oficina del programa SNAP y pida un paquete de solicitud. Puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al **1-718-557-1399** o a la línea gratuita **1-800-342-3009**.

Generalmente, la entrevista de SNAP se realiza por teléfono. Si usted prefiere tener la entrevista personalmente en una oficina, deberá solicitarla con su distrito de servicios sociales.

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS – Conforme la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que esta institución discrimine por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), creencia religiosa, discapacidad, edad, ideas políticas; o que tome represalias o venganzas por participar en actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa está disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidad que requieran medios de comunicación alternativos para obtener la información del programa (por ej., Braille, letra impresa grande, grabaciones de audio y lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los subsidios. Las personas con sordera, dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con la oficina del USDA por medio del sistema de transmisión federal (Federal Relay Service) al teléfono (800) 877-8339.

Para presentar una queja contra el programa por discriminación, el Demandante debe llenar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o mediante una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 llenado o la carta deberá enviarse por uno de los siguientes medios.

- (1) Por correo: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
- (2) Por fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) Por correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

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

SOLICITUD/REVALIDACIÓN PARA EL SUBSIDIO SNAP

Fecha de solicitud	Fecha de la entrevista	Centro/Oficina	Unidad	Trabajador	Tipo de caso	Número de caso	Número de registro	Versión	<input type="checkbox"/> Solicitar <input type="checkbox"/> Revalidar	Idioma
--------------------	------------------------	----------------	--------	------------	--------------	----------------	--------------------	---------	---	--------

Nombre legal: _____ Número de teléfono: _____ Otro teléfono en el que se le pueda localizar: _____
 Dirección residencial: _____ N.º apto. ____ Ciudad _____, NY Código postal 1
 Dirección postal (si es diferente) _____ N.º apto. ____ Ciudad _____, NY Código postal 1
 Conocido(a) por otro nombre: _____ Usted desea: Solicitar Revalidar Quiere recibir notificaciones en: español e inglés inglés **solamente**

Debemos aceptar su solicitud si, como mínimo, contiene su nombre, dirección (si tiene) y una firma en este recuadro. → FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE 2 FECHA DE FIRMA

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

L N	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) del solicitante (si no tiene uno, escriba "Ninguno")	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo M, F O X	¿Está solicitando subsidios esta persona?		Parentesco con usted	¿Esta persona compra o prepara las comidas con usted?		¿Hispano o latino?		Indique con una S (Sí) o con una N (No) para cada código de raza*. (Definición de códigos abajo)					
								Sí	No		Sí	No	Sí	No	I	A	B	P	W	
1								<input checked="" type="checkbox"/>		Yo mismo(a)	<input checked="" type="checkbox"/>									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*Códigos de raza o etnia: **I** – norteamericano(a) nativo(a) o nativo(a) de Alaska, **A** – asiático(a), **B** – negro(a) o afroamericano(a), **P** – nativo(a) de Hawái o islas del Pacífico, **W** – blanco(a)
 El suministro de estos datos se hace de manera voluntaria. El hacerlo no afecta la elegibilidad de los solicitantes, ni el nivel de subsidios que reciban. Esta información se utiliza para garantizar que los subsidios del programa se distribuyan sin importar la raza, color de piel o nacionalidad.

¿Usted y todas las personas que viven con usted son ciudadanos estadounidenses? Sí No Si respondió que no, ¿quién no es ciudadano? _____
 ¿Usted o alguna de las personas que viven en su hogar están solicitando o recibiendo SNAP o Asistencia Temporal en otro lugar? Sí No
 ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted son veteranos de guerra? Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____
 ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted residen en un centro de tratamiento por drogadicción o alcoholismo, residencia en grupo o apartamento certificado y supervisado por el Estado con servicios de apoyo? Sí No

Si usted está haciendo una revalidación de SNAP, enumere en la página 9 todo cambio ocurrido en las circunstancias de su hogar desde la última vez que presentó su solicitud o revalidación (por ejemplo: se mudó, tuvo un bebé, alguien vino a vivir a su hogar o se marchó del hogar).

INGRESOS

Incluya **TODOS** sus ingresos y los del resto de las personas que viven con usted. Las fuentes pueden ser, sin carácter limitativo: **salarios, ingresos de trabajo por cuenta propia menos los gastos en los que incurre por ser autoempleado (por ejemplo: niñera, tareas de limpieza, huésped o pensionista), sustento de menores, pensiones, pensión de veteranos, discapacidad, seguro social o SSI, subsidios de becas para alquiler o alimentos, Asistencia Temporal e ingresos provenientes de amigos o parientes.**

Nombre de la persona que percibe el ingreso	Fuente del ingreso	Horas trabajadas por mes	Frecuencia con que lo recibe (por ejemplo: semanal, quincenal, mensual)	Cantidad en bruto recibida antes de las deducciones

¿Usted o las personas que viven con usted tienen gastos por cuidado de niños o por personas a cargo relacionados con el empleo o la capacitación?

Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

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

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted ha cambiado de trabajo, dejado el trabajo, o ha tenido una reducción en la fuente de ingresos en los últimos 30 días – inclusive menos horas de trabajo o menos ingresos? Sí No 5

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted cuenta con un ingreso potencial que aún no ha recibido? Sí No Si contestó que sí, explique en la página 9.

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted está participando en una huelga? Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted estuvo en cuidado de crianza cuando cumplió 18 años? Sí No

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted es inquilino, niño en cuidado de crianza o adulto en cuidado de crianza? Sí No

Si respondió que sí, marque B para inquilino o F para cuidado de crianza y escriba el nombre. B F Nombre: _____

RECURSOS

En general, los recursos no afectan la habilitación de los hogares que solicitan el subsidio SNAP. Sin embargo, algunos datos referentes a los recursos se utilizan para determinar si usted califica para la tramitación acelerada de su solicitud.

¿Cuánto dinero tienen las personas que viven en su hogar? (Por ejemplo: cuánto dinero tienen consigo, en su hogar, en la cuenta corriente y de ahorros y en otros lugares, incluidas las cuentas en tenencia conjunta). \$ _____ Pertenecen a _____

¿Otros activos financieros? (Por ejemplo: acciones, bonos, cuentas de jubilación, bonos de ahorro, fondos mutuos, cuentas IRA, fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero).

Sí No Si respondió que sí, indique el monto \$ _____ Tipo _____ Propietario _____ 6

¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tienen usted o las personas que viven con usted?

___ N.º1 Año ___ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____

___ N.º2 Año ___ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____

¿Usted o alguno de los solicitantes es dueño de una propiedad, incluida una casa propia?

Sí No Si respondió que sí, indique la propiedad _____ Propietario _____

¿Alguno de los solicitantes vendió, regaló o transfirió dinero o propiedades durante los últimos tres meses con el fin de reunir los requisitos para recibir el subsidio SNAP? Sí No

EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN E IDIOMA

Ingrese el nombre de cada persona de su grupo familiar que solicita asistencia que tiene 16 años de edad o más, incluyéndose usted mismo(a). Para cada persona, coloque una "X" en la casilla de la sección "Máximo grado de escolaridad alcanzado", utilizando los códigos de educación y capacitación que aparecen a continuación. Marque únicamente una casilla por persona. Si usted marca una "X" en la columna "0" para una persona (indicando que la persona no tiene un diploma de secundaria o un diploma de equivalencia de escuela superior), ingrese el máximo grado de escolaridad alcanzado por esa persona en la casilla que lee "Máximo grado escolar completado", (por ejemplo, si la persona está cursando el 10.º grado, escriba "9" en la casilla que lee "Máximo grado escolar completado"). Deje la casilla "Máximo grado escolar completado" en blanco si la columna "0" no ha sido marcada para una persona que está cursando la escuela superior o un curso de equivalencia de diploma de escuela superior.

También indique el idioma principal de cada persona del grupo familiar que recibe SNAP que tenga 16 años o más. El idioma principal es el idioma que la persona habla con mayor frecuencia.

Nombre (primer nombre y apellido)	Máximo grado de escolaridad alcanzado* (Definición de códigos abajo)							Máximo grado escolar completado (vea la información abajo)	¿Cuál es el idioma principal de la persona?
	0	1	2	3	4	5	8		
									7

* Códigos de educación y capacitación: **0** – No tiene diploma de escuela superior ni la equivalencia; **1** – Diploma de escuela superior o de la equivalencia de escuela superior; **2** – Grado Asociado (título universitario de 2 años); **3** – Grado Universitario (título universitario de 4 años); **4** – Título de posgrado (título de maestría o un título más alto); **5** – Terminación de un Plan Individualizado de Educación (IEP, por sus siglas en inglés); **8** – Indeterminado

NOTA: Es voluntario el suministro de información relacionada con el máximo grado de escolaridad, el máximo grado escolar completado y el idioma principal que habla la persona. El hacerlo no afecta la elegibilidad de los solicitantes, ni el nivel de subsidios que reciban. El propósito de solicitar dicha información es cumplir con los requisitos federales de información.

VIVIENDA Y GASTOS

Marque todas las descripciones que correspondan a su hogar:

- Casa propia o pagando la casa
 Alquiler
 Trabajador migrante/estacional de finca
 No tiene vivienda permanente
 Vive con parientes o amigos

Indique gastos:

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

¿Paga calefacción por separado? Sí No

Si respondió que sí, especifique tipo de calefacción: Gas Electricidad Aceite Leña Carbón Propano Otro (indique) _____

Nombre de compañía de calefacción _____ N.º de cuenta con la compañía _____

¿Paga por aire acondicionado, ya sea en la factura de electricidad o por separado? Sí No

¿Paga servicios públicos por separado (aparte de calefacción/aire acondicionado)? Sí No (por ejemplo: luz, gas para cocinar, recolección de basura, agua, instalación inicial de servicios públicos).

¿Alguna otra persona paga estos gastos por usted (por ejemplo: Sección 8 u otro programa de subsidio)?

Sí No Si respondió que sí, ¿quién paga qué? _____

¿Usted o alguna de las personas que vive con usted paga sustento de menores por orden judicial? Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

Nombre del menor(es) por los que paga sustento de menores _____

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

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted tiene una discapacidad o tiene por lo menos 60 años? Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

Si respondió que sí, ¿esa persona tiene gastos médicos? Sí No Si respondió que sí, enumere en la página 9 dichos gastos, indicando el tipo de gasto, el monto y quién los paga.

VIVIENDA Y GASTOS (cont.)

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted tiene Medicaid con copago (spenddown)? Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____ Monto \$ _____

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted (de 16 o 17 años de edad) asiste a la escuela o participa en un programa de capacitación? Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____
Nombre de la escuela o programa de capacitación _____

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted, entre 18 y 49 años, asiste a la escuela o a un programa de capacitación (grado superior a la escuela secundaria)?

Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

Nombre de la escuela/programa _____ Tiempo completo (FT, por sus siglas en inglés) Sí No Ingresos Sí No Gastos Sí No

¿Hay alguna persona adulta en el grupo familiar de 16 años y más (incluido el solicitante) que está:

Embarazada? Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

Tiene alguna afección médica que les limite su capacidad para trabajar o el tipo de trabajo que puede desempeñar? Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

8

Conteste estas preguntas:

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted está en contravención de las reglas de libertad condicional (probation) o libertad bajo palabra (parole) o está huyendo para evitar un juicio, custodia o prisión por un delito grave, y actualmente es un fugitivo de la ley? Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted está en violación de libertad condicional (probation) o libertad bajo palabra (parole) impuesta por un juez?

Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted ha sido alguna vez suspendido(a) del programa SNAP por razones de fraude o violación intencional al programa?

Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted ha sido declarado culpable de traficar el subsidio SNAP a cambio de armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas, después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

Si respondió que sí, ¿quién? _____

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted ha sido declarado culpable de comprar o vender subsidios SNAP por un monto total de \$500 o más después del 22 de septiembre de 1996?

Sí No Si respondió que sí, ¿quién? _____

¿Usted o alguna de las personas que viven con usted ha sido condenado por recibir de manera fraudulenta subsidios SNAP por duplicado en otros Estados después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

Si respondió que sí, ¿quién? _____

Puede usar la página 9 si necesita más espacio o proporcionar información adicional necesaria.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

ADVERTENCIA SOBRE MULTA RELACIONADA CON SNAP: Toda información que usted suministre en relación con su solicitud del subsidio SNAP estará sujeta a verificación por autoridades federales, estatales y locales. De encontrarse información inexacta, se le podrá negar el subsidio SNAP. Se le someterá a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información incorrecta que afecte su habilitación para recibir el subsidio o el monto de dicho subsidio. Toda persona que esté en violación de una de las reglas de libertad condicional (“probation”) o libertad bajo palabra (“parole”) o que esté huyendo para evitar un juicio, custodia o prisión por un delito grave, y actualmente es un prófugo de la ley, no es apto para recibir el subsidio SNAP.

Si un integrante del grupo familiar beneficiario de SNAP es declarado culpable de Violación Intencional del Programa (IPV, por sus siglas en inglés), esa persona no podrá recibir SNAP por un período de:

- 12 meses por la primera Violación Intencional del Programa SNAP (SNAP-IPV);
- 24 meses por la segunda SNAP-IPV;
- 24 meses por la primera SNAP-IPV, si un tribunal de justicia lo declara culpable de haber utilizado o recibido subsidios SNAP en una transacción de venta de una sustancia controlada. (Drogas ilegales o ciertos fármacos para los cuales se requiere una receta médica).
- 120 meses, si se le declara culpable de haber hecho una declaración falsa sobre su identidad o su domicilio con el fin de obtener múltiples subsidios SNAP simultáneamente, a menos que sea inhabilitado permanentemente por una tercera IPV.

Además, un tribunal de justicia también podrá impedir que una persona reciba subsidios SNAP por un período adicional de 18 meses.

9

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (cont.)

Inhabilitación permanente de una persona por:

- La primera SNAP-IPV, según la decisión de un tribunal por usar o recibir subsidios SNAP en una transacción de venta de armas de fuego, municiones o explosivos.
- La primera SNAP-IPV, según la decisión de un tribunal de justicia que lo declara culpable de traficar subsidios SNAP por un monto combinado de \$500 o más (tráfico incluye uso, transferencia, obtención, alteración o posesión ilegal de fondos de SNAP, tarjetas de autorización o dispositivos de acceso).
- La segunda SNAP-IPV, según la decisión de un tribunal de justicia que lo declara culpable de haber recibido subsidios SNAP en una transacción de venta de sustancias controladas. (Drogas ilegales o ciertos fármacos para los cuales se requiere una receta médica).
- Todas las terceras Violaciones Intencionales del Programa SNAP.

Toda persona culpable de un delito grave por, a sabiendas, usar, transferir, adquirir, alterar o poseer tarjetas de autorización de SNAP o dispositivos de acceso, se le podrá imponer una multa de hasta \$250,000; una pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones. La persona también podrá estar sujeta a enjuiciamiento penal conforme las leyes federales y estatales.

Se le podría declarar inhabilitado para recibir SNAP o culpable de una Violación Intencional del Programa (IPV) si usted:

- Hace una declaración falsa o engañosa o tergiversa, oculta o retiene hechos con el fin de reunir los requisitos para recibir subsidios o recibir más subsidios; o
- Compra un producto con subsidios SNAP con el fin de obtener dinero en efectivo desechando intencionalmente el producto y devolviendo el envase por el monto del depósito; o
- Comete o intenta cometer un acto que constituye una violación de una ley federal o estatal con el objeto de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar subsidios SNAP, tarjetas de autorización o documentos reusables utilizados como parte del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés).

Además, no está permitido lo siguiente y se le puede inhabilitar para recibir el subsidio SNAP o estará sujeto a sanciones por las siguientes acciones:

- Usar o tener posesión de tarjetas EBT que no le pertenecen a usted sin el consentimiento del titular de la tarjeta; o
- Usar el subsidio SNAP para comprar artículos no comestibles, tales como alcohol y cigarrillos, o pagar por comida previamente adquirida a crédito; o
- Permitir que otra persona use su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT), a cambio de dinero en efectivo, armas de fuego, municiones, explosivos, o drogas; o comprar alimentos para personas que no forman parte del grupo familiar beneficiario de SNAP.

Si usted recibe un monto mayor de subsidio SNAP del que debería recibir (sobrepago), debe reembolsarlo. Si su caso está activo, recuperaremos el monto del sobrepago de los beneficios de SNAP futuros que obtenga. Si su caso está cerrado, puede devolver el sobrepago a través de cualquier beneficio de SNAP que no ha utilizado que permanezca en su cuenta, o puede pagar en efectivo.

Si tiene un sobrepago que no ha devuelto, se remitirá para su cobranza, incluida la cobranza automatizada por parte del gobierno federal. Los beneficios federales (como la seguro social) y los reembolsos de impuestos a los que usted tiene derecho a recibir pueden ser tomados para pagar el sobrepago. La deuda también estará sujeta a cargos por tramitación.

Cualquier beneficio de SNAP que se haya eliminado de su cuenta de EBT se usará para reducir los sobrepagos actuales. Si solicita SNAP nuevamente, y no ha pagado el monto que adeuda, sus beneficios de SNAP se reducirán si comienza a recibirlos de nuevo. En ese momento, se le notificará de la cantidad de beneficios reducidos que recibirá.

CONSENTIMIENTO: Entiendo que al firmar este formulario de solicitud doy mi consentimiento para que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) o mi distrito local de servicios sociales, verifique o confirme los datos que he suministrado o para que realice todo tipo de investigación en relación con mi solicitud de subsidios SNAP. Si me solicitan información adicional, la proporcionaré. Además, cooperaré con el personal estatal y federal en la realización de toda revisión de control de calidad pertinente al programa SNAP.

Entiendo que, al firmar esta solicitud/certificación, autorizo a una investigación para verificar o confirmar la información que he proporcionado y demás investigaciones por parte de cualquier agencia gubernamental autorizada en relación con los beneficios del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP, por sus siglas en inglés). También doy mi consentimiento para permitir que la información provista en esta solicitud se use en derivaciones a los programas de asistencia para climatización disponibles y a los programas para personas de bajos ingresos de mi compañía de servicios públicos. Entiendo que el Estado usará mi número de seguro social para verificar con mis proveedores de energía doméstica si recibo beneficios del HEAP. Esta autorización también incluye el permiso para que cualquiera de mis proveedores de energía doméstica (incluida mi empresa de servicios públicos) publique cierta información estadística, incluyendo, entre otros, mi consumo anual de electricidad, el costo de electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos a la Oficina de Asistencia Temporal y para Personas con Discapacidades y al distrito de servicios sociales locales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos con el fin de medir el rendimiento del Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés).

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE SEGURO DE DESEMPLEO: Autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (DOL, por sus siglas en inglés) a divulgar todo dato confidencial con que DOL cuente para propósitos de seguro por desempleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York (OTDA, por sus siglas en inglés). Esta información incluye reclamos de beneficios del UI y registros salariales. Entiendo que OTDA, junto con los empleados de las agencias estatales y locales que trabajan en las oficinas locales del distrito de servicios sociales, usarán la información del UI para establecer o verificar la elegibilidad, y la cantidad de beneficios de SNAP que requiero en esta solicitud y para las investigaciones para determinar si recibí beneficios a los cuales no tenía derecho.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (cont.)

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE RESIDENTES DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK: Si está solicitando asistencia en la ciudad de Nueva York, este consentimiento permitirá que la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York (NYCHA, por sus siglas en inglés) comparta información sobre usted con la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés)/Departamento de Servicios Sociales de la ciudad de Nueva York para ayudarle a usted y a su grupo familiar a solicitar asistencia del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o asistencia en efectivo de la HRA, que puede incluir el pago de atrasos en el alquiler.

Si firma esta solicitud a continuación, la NYCHA puede compartir con la HRA información relevante a su elegibilidad o nivel de subsidios SNAP o subsidios de asistencia en efectivo, incluidos su nombre, dirección, fecha de nacimiento e información sobre el pago del alquiler y servicios públicos (como el monto del alquiler mensual, el historial de pago del alquiler, el saldo del alquiler y las tarifas por electrodomésticos). Además, al firmar esta solicitud a continuación, declara que tiene la autoridad para dar su consentimiento en nombre de los niños menores que figuran en esta solicitud y autoriza a la NYCHA a compartir el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento de los menores con la HRA.

La HRA mantendrá la confidencialidad de toda información que la NYCHA comparta y solo podrá compartir la información con las agencias locales, estatales y federales que supervisan los programas de subsidios de asistencia en efectivo y SNAP de la HRA.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS EDUCATIVOS: Otorgo mi permiso al distrito de servicios sociales de la Ciudad de Nueva York para obtener mis registros educativos o los de mis hijos menores para los siguientes propósitos: 1) verificar mi elegibilidad para el subsidio SNAP, 2) realizar revisiones o investigaciones que resulten de información contradictoria que yo proporcioné durante el proceso de elegibilidad y, 3) proporcionar acceso a esta información a la agencia del gobierno federal correspondiente con el único propósito de realizar una auditoría.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A PROVEEDORES DE SERVICIOS: Con el propósito de verificar mi habilitación para recibir servicios y pagos suministrados por el Estado o contratista local relacionados con la administración del programa, autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir los datos relacionados con el subsidio del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria que yo o algún miembro de mi grupo familiar beneficiario a quien legalmente le pueda dar autorización haya recibido. Estos servicios pueden incluir, entre otros, los servicios de inserción laboral o capacitación proporcionados para ayudarme a mí o a los miembros de mi familia a obtener y conservar el empleo.

INFORMACIÓN SOBRE ASIGNACIÓN ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA, por sus siglas en inglés): Entiendo que los beneficiarios del subsidio SNAP reúnen los requisitos para recibir la subvención del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP) en base a una categoría de ingresos. Si no he recibido un beneficio de HEAP de más de \$20 en el mes actual o 12 meses anteriores, u otros beneficios similares del programa de asistencia energética, debo pagar por separado por cualquier gasto de calefacción, aire acondicionado o servicios públicos para recibir una Asignación Estándar para Servicios Públicos.

CAMBIOS: Acepto informar **con prontitud** a la agencia de todo cambio que se produzca pertinente a mis necesidades, ingresos, propiedad, condiciones de vivienda, situación de adultos habilitados para trabajar sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés), incluyendo si mis horas de trabajo bajan de 80 horas al mes, embarazos y cambio de domicilio, según mi leal saber y entender, y según lo establecen las normas vigentes sobre presentación de informes.

RESPONSABILIDAD DE REPORTAR/VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR: Entiendo que mi hogar deberá informar sobre todo gasto incurrido por cuidado de niños y servicios públicos con el fin de poder obtener una deducción por estos gastos en el programa SNAP. Además, entiendo que mi hogar debe informar y verificar los pagos de renta/hipoteca, los impuestos sobre la propiedad, los seguros, los gastos médicos y la manutención de menores que se pagan a un miembro que no pertenece al hogar para obtener una deducción de SNAP por estos gastos. Entiendo que el hecho de que no se informe/verifique los gastos mencionados anteriormente será visto como una declaración de mi hogar que yo/nosotros no queremos recibir una deducción por esos gastos no declarados/no verificados. Una deducción por estos gastos puede acreditarme para que reúna los requisitos para los beneficios de SNAP o puede aumentar mis beneficios de SNAP. Entiendo que puedo comunicar/verificar estos gastos en cualquier momento en el futuro. Esta deducción entonces se aplicaría al cálculo de SNAP en los próximos meses de acuerdo con las reglas para el cambio de informes y el procesamiento de cambios.

Al solicitar SNAP, entiendo que el distrito de servicios sociales solicitará y usará los datos disponibles por medio del Sistema de Verificación de Ingresos y Habilitación con el fin de investigar mi solicitud y podrá verificar estos datos por medio de contactos secundarios de encontrarse discrepancias. También entiendo que dicha información puede afectar mi elegibilidad para los beneficios de SNAP y/o el nivel de los beneficios de SNAP que recibo.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – RECOPIACIÓN Y USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): La recopilación de los SSN de cada miembro del grupo familiar con relación al subsidio SNAP está autorizada conforme a la Ley sobre Alimentación y Nutrición de 2008. La información que recopilamos se usará para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos o sigue cumpliendo con los requisitos necesarios para recibir asistencia o subsidios. Verificaremos esta información a través de programas informáticos de cotejo. Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento de las reglamentaciones del programa y para la gestión del programa. Esta información puede ser divulgada a otras agencias estatales y federales para el examen oficial y a los funcionarios del orden público con el propósito de detener a las personas que huyen para evitar la ley. La información se utilizará para verificar la identidad y verificar los ingresos ganados y no trabajados.

Si se presenta un reclamo de SNAP contra su hogar, la información sobre esta solicitud, inclusive todos los SSN, puede ser remitida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamos, para que se tomen acciones de cobro de reclamos. Cualquier persona que solicite beneficios de SNAP debe proporcionar un SSN. Los SSN de miembros que no reúnen los requisitos también se utilizarán y divulgarán de la manera anterior. Si usted o cualquier persona que solicite o recertifique no tiene un SSN, debe solicitar uno en la Administración de Seguridad Social (SSA.gov).

Además de usar la información, usted nos da de esta manera, el Estado también utiliza la información para preparar estadísticas sobre todas las personas que reciben beneficios del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar. La información se utiliza para el control de calidad por parte del Estado para garantizar que los distritos locales estén haciendo el mejor trabajo que pueden. Se usa para verificar quién es su proveedor de energía y para realizar ciertos pagos a dichos proveedores.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (cont.)

CIUDADANÍA/CONDICIÓN DE EXTRANJERO: Declaro bajo juramento o afirmo, so pena de perjurio, que la información que presenté sobre mi situación de ciudadanía o situación de extranjero, y sobre el de las personas que viven en mi hogar, es verdadera y exacta. Entiendo que la veracidad de toda información que suministre con el fin de verificar la condición de inmigrante de toda persona que solicite SNAP, se podrá verificar con el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos.

Para SNAP, la ciudadanía debe ser documentada **solamente si existe duda.**

REPRESENTANTE AUTORIZADO: Usted puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar para que **solicite** el subsidio SNAP por usted. Además, también puede autorizar a otra persona que no sea miembro de su grupo familiar para que obtenga una tarjeta EBT de representante autorizado para que compre los alimentos para usted. Si desea autorizar a alguien, debe hacerlo por escrito. Para proceder, escriba a continuación con letra de molde el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona. Cuando un representante autorizado solicita el subsidio SNAP a favor de un miembro del grupo familiar y ese miembro no reside en una institución, **tanto** el representante autorizado **como** el adulto responsable del hogar beneficiario de SNAP deben firmar y fechar la sección de firmas al pie de esta página, a no ser que el Representante Autorizado ya haya sido asignado por escrito por el grupo familiar beneficiario.

SI QUIERE AUTORIZAR A OTRA PERSONA, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DE LA PERSONA, EL DOMICILIO, NÚMERO DE TELÉFONO Y FIRME A CONTINUACIÓN.

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

Marque esta casilla si desea que su representante autorizado reciba una tarjeta EBT para que le compre alimentos.

CERTIFICACIÓN: He leído y entiendo las notificaciones mencionadas arriba. Entiendo y acepto los términos, las autorizaciones y los consentimientos mencionados arriba. Juro o declaro so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito de servicios locales es verdadera. Se requiere su firma a continuación para concluir el proceso de solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE (o adulto responsable miembro del grupo familiar) X	FECHA DE FIRMA 1 1
FIRMA del Representante Autorizado X	FECHA DE FIRMA

SI USTED AYUDÓ A OTRA PERSONA A LLENAR ESTA SOLICITUD/REVALIDACIÓN, ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE Y DOMICILIO DE USTED EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE. PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

Utilice esta página para información adicional:

¿Quién?: _____ Explicación:

¿Quién?: _____ Explicación:

¿Quién?: _____ Explicación:

12

ACEPTO RETIRAR MI SOLICITUD/REVALIDACIÓN. Entiendo que puedo volver a presentar una solicitud cuando yo quiera.

FIRMA

13

FECHA

Para uso exclusivo de la agencia

Elegibilidad determinada por _____ Fecha _____

Firma de la persona que obtuvo la información de elegibilidad: _____ Fecha _____

Motivo ____/____/____ Retirar Denegar Cierre de Revalidación

Elegibilidad aprobada por _____ Fecha _____

Período de autorización de SNAP: Desde _____ hasta _____

ENTREVISTA EN PERSONA

ENTREVISTA TELEFÓNICA

Comentarios:



Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de Nueva York

"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿quisiera presentar la solicitud para registrarse aquí hoy?"

SÍ Si marcó **SÍ**, complete la **SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE** de abajo

NO, porque opté por no registrarme **O**

Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual **O**

Solicité y recibí un formulario de registro por correo

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

Firma _____

Fecha _____ / _____ / _____

Escriba su nombre en letra de molde

¡Importante!

Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Si lo necesita, lo ayudaremos a completar el formulario de solicitud de registro como votante. Es su decisión pedir o aceptar ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 05/04/2021

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

Sí, necesito solicitar una Boleta para votantes ausentes

Escriba en letra de molde o a máquina con tinta azul o negra

Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es NO , no complete este formulario.		2	A) ¿Tendrá 18 años el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		3	B) ¿Tiene al menos 16 años y entiende que debe tener 18 años el día de las elecciones o antes para votar y que, hasta que tenga 18 años al momento de dichas elecciones, su registro dirá "pendiente" y no podrá emitir ningún voto en ninguna elección? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		4	For Board Use Only		
	Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.			Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.								
3	Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Sufijo					
4	Dirección donde vive (no proporcione un apartado postal)				N.º de apto.		Ciudad/Pueblo/Aldea		Código Postal		Condado	
5	Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior)				P.O. Box, Star Route, etc.		Oficina de correos		Código postal			
6	Fecha de nacimiento		7	Sexo (opcional)		8	Teléfono (opcional)		Correo electrónico (opcional)			
10	Año en que votó por última vez		Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad)					9	Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)			
	En el condado/estado		Con el nombre (si es diferente de su nombre actual)						<input type="checkbox"/> Número del DMV del estado de Nueva York _____ <input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social _____ <input type="checkbox"/> No tengo un número del DMV ni de Seguridad Social del estado de Nueva York			
11	Partido político						12	Declaración jurada: Juro o declaro que:				
	Deseo afiliarme a un partido político <input type="checkbox"/> Partido Demócrata <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras No quiero afiliarme a ningún partido político y deseo ser un votante independiente <input type="checkbox"/> Ningún partido							<ul style="list-style-type: none"> soy ciudadano de los Estados Unidos; habré residido en el condado, en la ciudad o en la aldea durante, al menos, 30 días antes de las elecciones; cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York; la firma o la marca que aparece abajo es de mi puño y letra; la información anterior es verdadera. Entiendo que, de no serlo, me pueden condenar y multar con hasta \$5,000 o encarcelar por hasta cuatro años. 				
						Firma o marca en tinta		Fecha _____ / _____ / _____				

(Opcional) Inscríbase para donar sus órganos y tejidos

Apellido		
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Dirección		
N.º de apto.	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Color de ojos	Estatura pies _____ pulgadas	
Correo electrónico	Número del DMV o de id. de NYC	

Con su firma abajo, usted certifica que:

- tiene 16 años o más;
- otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a dar su nombre e información de identificación al Registro Donate Life™ del estado de Nueva York para que lo inscriban;
- autoriza al Registro a permitir el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a otros hospitales autorizados por el comisionado de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.



Firma _____

Fecha _____ / _____ / _____

Calificaciones para el registro

Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre o dirección si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación;
- registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- no estar en prisión condenado por un delito grave;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar; y
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse o presentar su solicitud de registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
Teléfono: 1-800-469-6872;

los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema de retransmisión del estado de Nueva York llamando al 711 o visitar nuestro sitio web: www.elections.ny.gov.

Su decisión de registrarse será confidencial y se utilizará exclusivamente para fines del registro de votantes. La decisión de toda persona de no registrarse para votar o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para los fines del registro de votantes.

Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número del DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor), o los últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número del DMV o de Seguridad Social, puede usar una identificación válida con foto, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancaria, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y dirección. Con este formulario, puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

Para completar este formulario:

Es delito proporcionar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección de Verificación de identidad más arriba.

Casilla 10: si nunca ha votado, escriba "Ninguna". Si no recuerda cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación "?". Si antes votó con un nombre diferente, escriba ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

Casilla 11: marque únicamente una casilla. La inscripción en un partido político es opcional, pero, para votar en la elección primaria de un partido político, el votante debe afiliarse a ese partido político, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.