

# Solicitud/recertificación para los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Si es ciego o tiene una discapacidad visual grave, ¿le gustaría recibir avisos por escrito en un formato alternativo?  Sí  No

En caso afirmativo, marque el tipo de formato que desea:

Letra grande

CD de datos

CD de audio

Braille, si afirma que ninguno de los otros formatos alternativos será igualmente efectivo para usted.

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

## *Cuando solicite los beneficios de 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 2 de la solicitud/recertificación. 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 extranjeros que no reúnen los requisitos pueden solicitar los beneficios de SNAP para sus hijos y recibir beneficios para los hijos que reúnan 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 recertifica para los beneficios de SNAP*

- Debe presentar la solicitud de recertificación completa y firmada.

Recuerde firmar su solicitud.

**¿Necesita los beneficios de SNAP de inmediato? Puede tener derecho al procesamiento acelerado de su solicitud de SNAP:**

Si su familia percibe ingresos bajos o nulos o recursos líquidos, o si sus gastos de alquiler y de servicios públicos superan sus ingresos y recursos líquidos, o usted es un inmigrante o un trabajador agrícola temporal que percibe un ingreso o recursos escasos o nulos al momento de solicitar los beneficios, es posible que tenga derecho a obtener los beneficios de SNAP dentro de los 7 días corridos desde la fecha de 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 los beneficios de SNAP**

Si vive **fuera de** la ciudad de Nueva York, puede solicitarlos en línea en [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov), o llamar o visitar el distrito de servicios sociales en el condado donde vive y solicitar un paquete de solicitud, que se le puede enviar por correo o dejar en 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 solicita adicionalmente asistencia temporal, puede solicitar los beneficios de SNAP en línea en Access HRA, o llame o visite cualquier oficina de SNAP y solicite 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**.

**Aviso de no discriminación:** De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participen o administren programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o tomar represalias por participar en actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra de gran tamaño, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa está disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA en la que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por cualquiera de estos medios:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. **No envíe su solicitud a esta dirección.**

Recuerde firmar su solicitud.

# Solicitud/recertificación para los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

## Información de la solicitud

SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Su nombre (apellido, primer y segundo nombre): \_\_\_\_\_

Número(s) telefónico(s) diurno(s) (con código de área): \_\_\_\_\_

Dirección particular (Calle, Apartamento nro.): \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

**Su etnia/raza:** Esta información se recoge para garantizar que todos reciban un trato justo. Su respuesta es voluntaria, y no afectará su elegibilidad ni el monto de beneficios.

**Etnia:** ¿Hispano o latino?  Sí  No

**Raza:** (marque todas las que correspondan)

Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

Blanco

**Idioma hablado:** Indique el idioma que habla \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?  Sí  No

¿Es usted residente del estado de Nueva York?  Sí  No ¿En qué condado vive? \_\_\_\_\_

¿Tiene una situación especial? (Marque todas las que correspondan.)

Discapacidad física/mental

Discapacidad auditiva

Discapacidad visual

Se requiere intérprete

Se requiere lenguaje de señas

Otro: \_\_\_\_\_

¿Alguien le ayudó a completar este formulario?  Sí  No

Nombre de la persona que lo asiste: \_\_\_\_\_

Su número de teléfono con el código de área: \_\_\_\_\_

## Información de la familia:

Enumere a las personas que viven con usted:

Nombre (apellido, primer y segundo nombre): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Identidad de género (opcional):  Hombre  Mujer  No binario  X  Transgénero

Identidad diferente: \_\_\_\_\_ Idioma hablado: \_\_\_\_\_

Nombre (apellido, primer y segundo nombre): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Identidad de género (opcional):  Hombre  Mujer  No binario  X  Transgénero

Identidad diferente: \_\_\_\_\_ Idioma hablado: \_\_\_\_\_

Nombre (apellido, primer y segundo nombre): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Identidad de género (opcional):  Hombre  Mujer  No binario  X  Transgénero

Identidad diferente: \_\_\_\_\_ Idioma hablado: \_\_\_\_\_

¿Usted o cualquier otra persona en su casa recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos?			
Tipo de ingreso	Cantidad de ingresos	Frecuencia de ingresos	Nombre de la persona que recibe ingresos
Seguridad social			
SSI			
Pensión			
Beneficios para veteranos			
Compensación laboral			
Salarios			
Otro			

- ¿Paga por gastos de cuidado de dependientes?  Sí  No
- ¿Paga algún otro gasto médico como recetas, medicamentos de venta libre, suministros para diabéticos, anteojos, gastos dentales, audífonos, etc.?  Sí  No
- ¿Cuánto paga de alquiler o hipoteca cada mes? \$ \_\_\_\_\_
- ¿Usted paga por alguno de los siguientes conceptos?
  - Pago para calefaccionar mi hogar (combustible, gas, electricidad o propano, etc.) o comparto los costos de calefacción con otros.  Sí  No
  - Tengo un aire acondicionado que utilizo en el verano, y pago la electricidad o comparto el costo con otros.  Sí  No
  - Tengo un aire acondicionado que utilizo en el verano, y pago una tarifa para usarlo.  Sí  No
  - Pago la electricidad o el gas o comparto este costo con otros.  Sí  No
  - Pago por servicio telefónico, incluido el servicio de telefonía celular (no un teléfono prepago).  Sí  No

**Representante autorizado** : puede autorizar a una persona que conozca las circunstancias de su hogar para que **solicite** los beneficios de SNAP en su nombre. También puede autorizar a alguien que no pertenece a su hogar a obtener una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) para que compre 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 en nombre de una familia que recibe beneficios de SNAP y que no reside en una institución, el representante autorizado y un miembro adulto responsable de la familia inscrita en SNAP deben firmar y fechar las secciones para firmar en la parte inferior de esta página, a menos que el representante autorizado haya sido designado por escrito por la familia.

**Si desea autorizar a una persona, escriba con letra de molde el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a continuación, y firme debajo.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

**Para que podamos aceptar su solicitud, debe firmar y fechar abajo**

**Certificación:** Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio que he leído (o que se me ha leído) y entiendo y estoy de acuerdo con los "Derechos y responsabilidades" descritos en las páginas 4 a 6 de esta solicitud, y las respuestas en esta solicitud y cualquier documento adicional que proporcione al Departamento en el futuro son precisos y completos a mi leal saber y entender. He leído el Aviso de penalización de SNAP en mi idioma principal, me lo han leído o me lo han interpretado. También certifico que todos los miembros de mi familia, inscrita en SNAP, que solicitan beneficios de SNAP son ciudadanos estadounidenses o no ciudadanos con un estado migratorio satisfactorio.

Consulte las páginas 4 a 6 que contienen el "Aviso de penalización de SNAP" y sus "Derechos y responsabilidades".

**Debe firmar a continuación para que se complete el proceso de solicitud.**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Instrucciones para completar el formulario de solicitud

- Trate de responder todas las preguntas que pueda.
- En la página 1 del formulario de solicitud, escriba un número de teléfono en el que se lo pueda contactar durante los días laborables o se le pueda dejar un mensaje.
- **Recuerde firmar su nombre antes de enviar su formulario de solicitud.**
- Asegúrese de leer el Aviso de derechos y responsabilidades y el Aviso de Penalización de SNAP incluidos en las siguientes páginas.
- **Puede presentar una solicitud incompleta para completar el resto más adelante: escriba su nombre y dirección en el frente y su firma en la parte posterior, y envíela. Esta información mínima establecerá la fecha de presentación de su solicitud.**
- **Los beneficios de SNAP serán retroactivos desde la fecha en que se envió la solicitud.**

**Se lo llamará para una entrevista:** Revisaremos su solicitud cuando se reciba y nos pondremos en contacto con usted para analizar la información que proporcionó en ella.

**Nota:** Si no podemos comunicarnos con usted, recibirá una carta por la cual se le notificará de una entrevista telefónica programada.

**Debe presentar la verificación:** Durante su entrevista, le explicaremos qué verificación e información necesitará dar para recibir los beneficios de SNAP. Le enviaremos una lista de verificación de verificación con los documentos que debe proporcionar. Tiene 30 días a partir de la fecha en que se recibe su solicitud para darnos la verificación que necesitamos. Asegúrese de solicitar ayuda si tiene dificultades para obtener estos documentos.

**Decisión:** Usted recibirá una decisión sobre su solicitud en un plazo de 30 días.

### ¿Qué verificación deberá presentar?

En general, los documentos que necesitará cuando solicite los beneficios de SNAP son los siguientes:

- **Identificación que contenga su nombre y dirección:**
- Si no tiene ninguna dirección, háganoslo saber.
- **Prueba de ingresos.**
- Una carta de asignación o una declaración de depósitos directos de ingresos no trabajados, incluidos los montos de ingresos por intereses y la frecuencia de los pagos. Si trabaja, envíe los talonarios de pago, declaraciones de depósitos directos o copias de cheques de pago de las últimas cuatro semanas.
- **Números de seguro social para todos los miembros que soliciten.**
- **Comprobante de la situación de los no ciudadanos:** Si usted no es ciudadano, presenta un comprobante del estado legal de no ciudadano.
- **Comprobante de ciertos gastos:** Si bien es opcional, si proporciona comprobantes de alguno de los siguientes conceptos, podrían aumentar sus beneficios de SNAP.
  - **Gastos médicos:** Si usted o alguna persona en su hogar tiene 60 años o más o tiene una discapacidad certificada, se *deberán comprobar los gastos médicos de bolsillo* con recibos por copagos o primas en el seguro de salud, o recibos de dentaduras, anteojos, audífonos, baterías de audífonos, medicamentos recetados, analgésicos recetados por el médico o medicamentos de venta libre, y transporte hacia y desde los servicios médicos.
  - **Pagos de manutención de menores:** Comprobante, como los documentos judiciales, de los pagos de manutención de menores que usted paga a una persona que no vive con usted, y la cantidad pagada.

También informe si tiene alguno de los gastos que se presentan a continuación (esta parte es opcional, pero estos podrían incrementar sus beneficios de SNAP):

1. **Costos de vivienda:** pagos de rentas o hipotecas, impuestos inmobiliarios o seguros para propietarios de viviendas.
2. **Servicios públicos:** costos de aire acondicionado, combustible para calefacción domiciliar, gas para calefacción, leña o carbón para calefacción, gas para cocinar, electricidad, teléfono (incluidos teléfonos celulares), u otros gastos de servicios públicos, como por ejemplo, servicios de agua potable, alcantarillado o recolección de basura.
3. **Gastos de cuidado de dependientes:** atención domiciliar o fuera del hogar.

## Lea la información importante a continuación

**Sexo e identidad de género:** El estado de Nueva York garantiza su derecho a acceder a los beneficios y/o servicios, independientemente de su sexo, identidad de género o expresión. Debe informar su sexo y el sexo de todos los miembros del hogar como hombre o mujer. El sexo que informa aquí debe ser el mismo que el que está registrado actualmente en la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos. Para procesar su solicitud, es necesario que informe el sexo. No aparecerá en ninguna tarjeta de beneficios que pueda recibir ni en ningún otro documento público.

La identidad de género es cómo se percibe a sí mismo y cómo se llama a sí mismo. Su identidad de género puede ser igual o diferente al sexo con el que nació. La identidad de género no es necesaria para esta solicitud. Si su identidad de género o la identidad de género de cualquier persona en su hogar son diferentes del sexo que informa y usted desea proporcionar la identidad de género de esa persona, escriba con letra de molde "Male" ("Hombre"), "Female" ("Mujer"), "Non-Binary" ("No binario"), "X" ("X"), "Transgender" ("Transgénero") o "Different Identity" ("Identidad diferente") en el espacio proporcionado. Si escribe "Identidad diferente", puede describir la identidad de esa persona en el espacio ofrecido. Proporcionar esta información es voluntario. No afectará la elegibilidad de las personas que soliciten los beneficios ni el nivel de beneficios que recibirán.

**Aviso de penalización de SNAP:** Cualquier información que proporcione en relación con su solicitud para recibir los beneficios de SNAP estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. Si alguna información es incorrecta, se le pueden negar los beneficios de SNAP. Puede estar sujeto a procesamiento penal si, a sabiendas, proporciona información incorrecta que afecta la elegibilidad o la cantidad de beneficios. No tendrán derecho a recibir los beneficios de SNAP aquellas personas que violen las condiciones de libertad condicional o libertad provisional o que estén huyendo para evitar un juicio, la detención o el confinamiento por un delito grave, y que estén siendo perseguidos activamente por las fuerzas del orden público.

Si se descubre que un miembro de la familia inscrita en SNAP ha cometido una Infracción Intencional al Programa (IPV, por sus siglas en inglés), este no podrá recibir beneficios de SNAP por un período de:

- 12 meses para la primera IPV de SNAP;
- 24 meses para la segunda IPV de SNAP;
- 24 meses para la primera IPV de SNAP, que se basa en el hallazgo de un tribunal de que la persona usó o recibió beneficios de SNAP en una transacción que implica la venta de una sustancia controlada. (Drogas ilegales o ciertos medicamentos para los que se requiere una receta médica.)
- 120 meses si se lo declara culpable de hacer una declaración falsa sobre su identidad o domicilio para obtener múltiples beneficios de SNAP simultáneamente, a menos que una tercera IPV lo descalifique permanentemente.
- Además, un tribunal puede impedir que una persona participe en SNAP durante otros 18 meses.
- Descalificación permanente de una persona:
- La primera IPV de SNAP basada en el hallazgo de un tribunal de que se usan o reciben beneficios de SNAP en una transacción que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos.
- La primera IPV de SNAP basada en una condena judicial por tráfico de beneficios de SNAP por una cantidad combinada de \$500 o más (el tráfico incluye el uso ilegal, la transferencia, la adquisición, la alteración o la posesión de tarjetas de autorización de SNAP o dispositivos de acceso.)
- La segunda IPV de SNAP basada en el hallazgo de un tribunal de que una persona usó o recibió beneficios de SNAP en una transacción que implica la venta de sustancias controladas. (Drogas ilegales o ciertos medicamentos para los que se requiere una receta médica.)
- Todas las terceras infracciones intencionales al programa de SNAP.

Cualquier persona condenada por un delito grave por deliberadamente usar, transferir, adquirir, alterar o poseer tarjetas de autorización de SNAP o dispositivos de acceso pueden ser multados con hasta \$250.000, encarcelados hasta por 20 años o ambos. La persona también puede estar sujeta a juicio bajo las leyes federales y estatales aplicables.

Es posible que se concluya que no reúne los requisitos para recibir los beneficios de SNAP o que ha cometido una IPV si:

- Usted hace una declaración falsa o engañosa, o tergiversa, oculta o retiene hechos a fin de calificar para recibir beneficios o una mayor cantidad de beneficios; o
- Compra un producto con los beneficios de SNAP con la intención de obtener efectivo al descartar intencionalmente el producto y devolver el envase por la cantidad depositada; o
- Comete o intenta cometer un acto que constituye una violación de la ley federal o estatal con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar beneficios de SNAP, tarjetas de autorización o documentos reutilizables utilizados como parte del sistema de transferencia electrónica de beneficios (EBT, por sus siglas en inglés).
- Además, no se permite lo siguiente y, usted puede quedar descalificado para recibir los beneficios de SNAP y/o estar sujeto a sanciones por acciones que incluyen las siguientes:
- Utilizar o tener en su posesión tarjetas de EBT que no le pertenezcan, sin el consentimiento del propietario de la tarjeta; o
- Usar los beneficios de SNAP para comprar artículos no alimenticios, como alcohol o cigarrillos, o para pagar alimentos que se compraron previamente a crédito; o
- Permitir que otra persona utilice su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios a cambio de dinero en efectivo, armas de fuego, municiones, explosivos o drogas, o para comprar alimentos para personas que no sean miembros de la familia inscrita en SNAP.

**Sobrepago** : si obtiene más beneficios de SNAP de los que debería tener (sobrepago), debe devolverlos. 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 seguridad 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, estoy de acuerdo con cualquier investigación realizada por la Oficina de Asistencia Temporal y para Personas con Discapacidades del estado de Nueva York o mi distrito de servicios sociales local para verificar o confirmar la información que he dado o cualquier otra investigación realizada por ellos en relación con mi solicitud de beneficios de SNAP. Si me solicitan información adicional, la proporcionaré. También colaboraré con el personal estatal y federal en una revisión de control de calidad del 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 la publicación de información confidencial de seguro de desempleo (UI, por sus siglas en inglés):** Autorizo al Departamento de Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) del estado de Nueva York a que divulgue cualquier información confidencial, mantenida por el DOL para fines del seguro de desempleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y para Personas con Discapacidades (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.

**Divulgación de información a proveedores de servicios:** Doy permiso al distrito de servicios sociales y al estado de Nueva York para que compartan información sobre los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria que recibimos yo o cualquier miembro de mi hogar para quien puedo otorgar legalmente la autorización, con el fin de verificar mi elegibilidad para los servicios y el pago relacionados con la administración del programa proporcionados por un contratista estatal o local. 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 de la Asignación Estándar para Servicios Públicos (SUA, por sus siglas en inglés):** Entiendo que los beneficiarios de SNAP reúnen categóricamente los requisitos de acuerdo a sus ingresos percibidos para el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP, por sus siglas en inglés). 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:** Estoy de acuerdo en informar a la agencia **con prontitud** de cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, propiedades, condiciones de vida, adultos sin impedimentos físicos con dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés), incluso si mis horas de trabajo caen por debajo de las 80 horas al mes, estado del embarazo o la dirección a mi mejor conocimiento o creencia de acuerdo con mis requisitos de presentación de informes.

**Requisito para informar/verificar los gastos del hogar:** Entiendo que mi hogar debe reportar los gastos de cuidado de niños y de servicios públicos para obtener una deducción de SNAP por estos gastos. 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.

En la solicitud de SNAP, entiendo que el distrito de servicios sociales solicitará y utilizará la información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad para investigar mi solicitud, y puede verificar esta información a través de contactos colaterales si se encuentran 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 la Ley de Privacidad: recopilación y uso del número de seguro social (SSN):** La recopilación del SSN está autorizada para cada miembro de la familia con respecto a SNAP de acuerdo con la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. La información que recopilamos se usará para determinar si su hogar reúne los requisitos o si sigue siendo apto para recibir asistencia o beneficios. 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.

**Estado de ciudadanía/inmigración:** Juro y/o afirmo bajo pena de perjurio que la información que he brindado sobre la ciudadanía y el estado migratorio de mí mismo y de todos los que viven conmigo es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier información que proporcione para verificar el estado migratorio de cualquier persona que solicite beneficios de SNAP puede ser verificada para obtener autenticidad con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos.

**Para SNAP,** la ciudadanía debe ser documentada **solo si es cuestionable.**

**Recuerde firmar su solicitud.**