

NEW YORK STATE OFFICE OF  
TEMPORARY AND DISABILITY  
ASSISTANCE

PROGRAMA DE ASISTENCIA  
NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA  
(SNAP) CÓMO LLENAR LA  
SOLICITUD O REVALIDAR PARA  
RECIBIR EL SUBSIDIO SNAP  
DERECHOS Y DEBERES DEL  
SOLICITANTE / BENEFICIARIO

***Esta solicitud SÓLO se puede usar para solicitar el  
subsidio SNAP***

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave y necesita esta solicitud o estas instrucciones en otro formato, lo puede solicitar de su distrito de

servicios sociales (SSD, por sus siglas en inglés). Se ofrecen los siguientes formatos alternativos:

- Letra impresa grande;
- Formato de datos (archivo electrónico accesible por lector de pantalla);
- Formato en audio (una transcripción en audio de las instrucciones o preguntas sobre la solicitud); y
- En Braille, si usted determina que ninguno de los otros formatos le serán de igual utilidad a usted.

Las solicitudes y las instrucciones también las puede descargar en letra grande, formato de datos y formato audio en [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov). Tenga en cuenta que las solicitudes se pueden obtener en formato audio y Braille exclusivamente para propósitos informativos. Si desea someter una solicitud, debe ser impresa y no una solicitud en un formato alternativo.

Si padece de una incapacidad que no le permite rellenar esta solicitud y/o esperar a ser entrevistado, favor de comunicárselo a su oficina de SSD.

Si necesita otras modificaciones o necesita otro tipo de ayuda para rellenar esta solicitud, comuníquese con su oficina de SSD. Nuestro compromiso es prestarle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa.

NEW YORK STATE OFFICE OF  
TEMPORARY AND DISABILITY  
ASSISTANCE

PROGRAMA DE ASISTENCIA  
NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA  
(SNAP) CÓMO LLENAR LA  
SOLICITUD O REVALIDAR PARA  
RECIBIR EL SUBSIDIO SNAP  
DERECHOS Y DEBERES DEL  
SOLICITANTE / BENEFICIARIO

***Esta solicitud SÓLO se puede usar para solicitar el  
subsidio SNAP***

Puede utilizar este formulario abreviado si solamente quiere solicitar 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 (HEAP) o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente.

### *Cuando usted solicita el beneficio SNAP*

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, su domicilio (si tiene uno) y su firma. Esta información establece la fecha de presentación de la solicitud.
- Usted debe concluir todo el proceso de solicitud, incluida la entrevista y la firma en la declaración de revalidación en la página 8 de la solicitud / revalidación para que se pueda determinar su habilitación. Si usted reúne los requisitos, recibirá los subsidios retroactivos a la fecha que usted sometió la solicitud.
- Usted puede solicitar y obtener el subsidio SNAP para aquellos miembros de su hogar que satisfagan los requisitos exigidos, aun cuando usted o el resto de los miembros del hogar no reúnan los requisitos debido a la condición de inmigrante. Por ejemplo, los padres inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar el subsidio SNAP para los hijos que sí satisfacen los requisitos.

- Usted aún puede solicitar y cumplir con los requisitos para recibir el subsidio SNAP, incluso si han finalizado los límites de tiempo de su Asistencia Temporal.

*¿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 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 el subsidio SNAP dentro de los cinco días de sometida la solicitud. Cuando un residente de una institución solicita los subsidios SSI y SNAP de manera conjunta antes de dejar la institución, se utilizará la fecha de alta de la institución como la fecha de registro de la solicitud.

*Dónde puede solicitar el subsidio SNAP*

Si usted vive en las **afueras** de la Ciudad de Nueva York, puede someter una solicitud mediante el sitio web [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov); o llame o visite el distrito local de servicios sociales del condado en el que vive y pida el paquete de solicitud que puede enviar por correo o llevar a la oficina apropiada. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al número gratuito **1-800-342-3009**.

Si vive en la **Ciudad de Nueva York** y **no** está también solicitando Asistencia Temporal, someta la solicitud mediante el sitio web [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov); llame o visite cualquier oficina del programa SNAP y pida un paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al **1-718-557-1399** o al número gratuito **1-800-342-3009**.

*¿No le es posible presentarse en nuestras oficinas para la entrevista?*

Si se le dificulta presentarse en nuestra oficina para sostener una entrevista sobre el subsidio SNAP (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud, de transporte o de cuidado de niños) en algunas circunstancias; otra persona puede someter la solicitud en su representación o podríamos hacerle la entrevista por

teléfono. En caso de que tenga alguna pregunta, quiera saber si reúne los requisitos para concertar una entrevista telefónica, **o necesite reprogramar una entrevista**, sírvase contactar al distrito local de servicios sociales.

Página Original 3

---

LDSS-4826A SP LP (Rev 2/18)

## INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO RELLENAR LA SOLICITUD O REVALIDACIÓN DEL SUBSIDIO SNAP

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

**NO** escriba en las áreas sombreadas.

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

**OTROS FORMATOS:** marque «SÍ» o «NO» para indicar si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave, o no, y le gustaría recibir notificaciones en un formato alternativo. Si contestó «SÍ», marque el tipo de formato que desea. Los formatos alternativos están disponibles en letra grande, CD de datos, CD audio, o en

Braille si usted determina que ninguno de los otros formatos le será de igual utilidad a usted. Si necesita otras modificaciones o necesita otro tipo de ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con su oficina de SSD.

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

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

**NÚMERO DE TELÉFONO: ESCRIBA EN NÚMEROS LEGIBLES** el teléfono de su casa.

**OTRO TELÉFONO:** Escriba **EN NÚMEROS LEGIBLES** otro número de teléfono donde se lo pueda localizar, en caso de tenerlo.

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

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

**OTRO NOMBRE:** escriba **EN LETRA DE MOLDE** los apellidos de soltera, apellidos de un matrimonio anterior u



otros nombres que alguna de las personas mencionadas aquí tenga o utilicen actualmente.

Marque (✓) la casilla para indicar si está solicitando o revalidando el subsidio SNAP.

Marque (✓) la casilla para indicar si desea recibir avisos en español y en inglés o sólo en inglés.

**SECCIÓN 2:** Firme su nombre e incluya la fecha y su dirección (si tiene una) **SOLAMENTE** si en este momento usted quiere presentar la solicitud sin llenar la siguiente página para establecer la fecha de la solicitud. Debe completar el proceso de solicitud, incluyendo la entrevista, y firmar en la página 8 para determinar si usted reúne los requisitos.

### **SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

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

Escriba, **EN LETRA DE MOLDE**, primero su nombre completo. 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, el número de Seguro Social (si la persona no tiene un número de Seguro Social, escriba «ninguno»), estado civil y sexo de cada solicitante.

Marque (✓) Sí o No para indicarnos quién es la persona que solicita beneficios.

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

Marque(✓) Sí o No, si esta persona compra y/o prepara comidas con usted.

Marque (✓) Sí o No para cada solicitante para indicar si es hispano o latino.

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

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. Ello no afectará la habilitación de las personas que hacen la solicitud o el nivel de beneficios recibidos. Esta información se utiliza para garantizar que los

subsidios del programa se distribuyan sin importar la raza, color de piel o nacionalidad de origen.

**SECCIÓN 4:** Conteste todas las preguntas de la sección 4. Llene los nombres de los individuos que no son ciudadanos estadounidenses.

Página Original 4

---

LDSS-4826A SP LP (Rev 2/18)

**SECCIÓN 5: INGRESOS:** incluya todos sus ingresos y los del resto de 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 la frecuencia del mismo. 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 conyugal, sustento de menores, ayuda educativa (subsidios, becas, etc.), ingresos que reciba de amigos(as) o parientes (aparte de préstamos), asistencia pública, pensiones o jubilaciones, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, pagos recibidos de seguro 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 subsidio SNAP. Puede incluir el/la niño(a) o adulto bajo cuidado de crianza perteneciente a la unidad familiar de SNAP. Si lo hace, los pagos por cuidado de crianza se tomarán en cuenta como ingresos. Todos los otros ingresos o recursos del niño que recibe cuidado de crianza también se tomarán en cuenta. Si tiene preguntas al respecto, consulte con la persona a cargo de su caso.

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

**SECCIÓN 6: RECURSOS:** Los recursos no afectan la habilitación de la mayoría de los hogares que solicitan el subsidio SNAP. Sin embargo, algunos datos referentes a los recursos se utilizan para determinar si usted puede recibirlos por medio del procesamiento acelerado.

Responda a todas las preguntas de la Sección 6 con sus datos y los datos de todas las personas que solicitan subsidio SNAP. Incluya la cantidad o valor en dólares (\$) y el nombre de la persona a quien pertenece el recurso.

**Asegúrese de incluir toda tenencia compartida con no miembros de su hogar.** Los recursos pueden incluir:

dinero en efectivo, dinero en efectivo que guarden otras personas, cuentas corrientes o de ahorro, bonos de ahorro, cuentas privadas de jubilación, planes de jubilación, cuentas individuales de fomento, acciones / bonos, fondos mutuos, fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero, edificios, terrenos, propiedades en renta, propiedades o casas de verano o recreo, además de la casa residencial.

### **SECCIÓN 7: EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN E IDIOMA:**

ingrese el nombre de cada persona de su grupo familiar que tenga 16 años de edad o más, incluyéndose usted mismo (a). Por 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 en el formulario de SNAP (LDSS-4826). Marque únicamente una casilla por persona. Si usted marca una «X» en la columna «0» por 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 escuela superior cursado por esa persona en la casilla que lee «Máximo Grado Cursado de Escuela Superior». Deje la casilla «Máximo Grado Cursado de Escuela Superior» 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. Sírvase indicar el idioma principal de cada individuo 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.

NOTA: es voluntario el suministro de información relacionada con el máximo grado de escolaridad, el máximo grado de escuela superior alcanzado y los idiomas que la persona habla. Ello no afectará la habilitación de las personas que hacen la solicitud o el nivel de beneficios recibidos. Esta información se solicita para cumplir con requisitos de informes federales.

### **SECCIÓN 8: VIVIENDA Y GASTOS:**

Escriba EN LETRA LEGIBLE 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 y seguro de vivienda.

Si paga la calefacción por separado, marque (✓) la casilla que indica el tipo de calefacción que usa, e ingrese el nombre de la compañía y el número de cuenta suyo.

También indique si:

- Usted paga por otros servicios públicos aparte del alquiler o hipoteca; si tiene costos de aire acondicionado y si los tiene, ¿quién paga los gastos por separado?
- ¿Paga alguien sustento de menores por orden judicial? De ser así, indique la cantidad y frecuencia de los pagos, y el nombre del niño por quien se para el sustento. ?
- ¿Alguna de las personas solicitantes que viven en su hogar, está incapacitada o tiene al menos 60 años, tiene gastos médicos tales como: servicio de cuidados de enfermería a domicilio, dentaduras postizas, audífonos, espejuelos, perros guías o animal de servicio, gastos médicos y de seguro de salud, atención hospitalaria o de cuidados de enfermería, servicios médicos o dentales, medicamentos recetados o transporte por razones médicas?
- ¿Algún miembro de su familia recibe Medicaid con requisito de sobrante (spendown)? De ser así, indique quién y la cantidad.
- ¿Algún miembro de su hogar está matriculado en la escuela o en un programa de capacitación? De ser así, indique ¿quién y dónde y cuál es el estado de la matriculación?

- Si usted o alguna de las personas que vive con usted que es solicitante tiene 16 años o más está embarazada, seleccione «Sí» y escriba el nombre suyo / el de ella en el espacio indicado después de la pregunta.
- Si usted o alguna de las personas que vive con usted que es tiene 16 años o más tiene una condición que le impida trabajar o hacer cierto tipo de trabajo, seleccione «Sí» y escriba el nombre suyo / el de ella o él en el espacio indicado después de la pregunta

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 8.

Pagina Original 5

---

LDSS-4826A SP LP (Rev 2/18)

**SECCIÓN 9: DECLARACIONES LEGALES,**  
**RESPONSABILIDADES Y SANCIONES:** Lea esta  
sección cuidadosamente o consiga que alguien se la  
lea.

***Nota:*** La ley del Estado de Nueva York estipula multas o encarcelamiento o ambas penas contra toda persona declarada culpable de ocultar información o de no decir la verdad con el propósito de obtener el subsidio SNAP.



Entiendo que el Estado usará mi número de Seguro Social con motivo de verificar con los suministradores de servicios públicos el recibo del subsidio HEAP. Esta autorización también otorga permiso a los contratistas de servicios públicos (incluyendo mi servicio) a revelar ciertos datos estadísticos, entre ellos, aunque sin carácter limitativo: mi consumo anual de electricidad, el costo de la electricidad, consumo de combustible, tipo de combustible, costo anual de combustible e historial de pagos. Dichos datos se revelarán a la oficina estatal (Office of Temporary and Disability Assistance) y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos con el fin de llevar a cabo estudios relativos al Programa de Subsidio de Energía para el Hogar para Beneficiarios de Bajos Recursos (LIHEAP).

**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 (U.S Department of Agriculture - USDA, siglas en inglés), se prohíbe que la USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas de USDA, discriminen sobre la base de raza, color de piel, nacionalidad de origen, sexo, creencia religiosa,

discapacidad, edad, e ideas políticas; o que tomen represalias o venganzas por acciones previas de derechos civiles realizadas ante un programa o actividad administrado o financiado por USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios de comunicación alternativos sobre información de programa (por eje., Braille, letra impresa grande, grabaciones de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los subsidios. Las personas con sordera, dificultades auditivas o discapacidades de habla, pueden comunicarse con la oficina de USDA por medio del sistema de transmisión federal (Federal Relay Service) marcando el (800) 877-8339. Además, se podrá suministrar información sobre programas en otros idiomas aparte del inglés.

Si desea registrar una queja de discriminación de un programa, rellene el Formulario de Queja de Discriminación - Programa de USDA, (AD-3027), el cual encontrará en línea en:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html); o en una oficina de USDA; o mande una carta a USDA suministrando toda la información solicitada en el formulario. Si desea solicitar una copia del formulario de

queja, marque el (866) 632-9992. Someta su formulario relleno o carta a USDA por:

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

Esta entidad brinda igualdad de oportunidades.

### **SECCIÓN 10: REPRESENTANTE AUTORIZADO DE**

**SNAP** Si usted desea que otra persona, que no sea miembro de su hogar, reciba el subsidio SNAP o compre los alimentos por usted, escriba EN LETRA DE MOLDE, el nombre, el domicilio y el número de teléfono de dicha persona, a no ser que por el contrario el jefe del hogar solicitante haya asignado por escrito al representante autorizado.

**SECCIÓN 11: FIRMAS:** Firme su nombre. Si usted es representante autorizado, tanto usted como el jefe del hogar solicitante deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 8 del formulario de solicitud o revalidación.

Cuando un representante autorizado solicita el subsidio SNAP a favor de una familia que no reside en una institución, **tanto** el representante autorizado como el jefe de familia u otro miembro adulto responsable deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 8 de la solicitud o revalidación.

**SECCIÓN 12: INFORMACIÓN ADICIONAL:** Use esta sección para proporcionar información adicional que usted crea necesaria.

**SECCIÓN 13: CONSENTIMIENTO PARA RETIRAR LA SOLICITUD:** Si decide no solicitar el subsidio SNAP, firme su nombre e indique la fecha. Usted puede volver a presentar una solicitud cuando lo desee.

***Nota:*** La última página de esta solicitud es un formulario de inscripción para votar. Si necesita ayuda para llenar el formulario de inscripción para votar, consulte con la persona a cargo de su caso. El inscribirse o no para votar no afectará su habilitación ni la cantidad de asistencia que esta agencia le brinde.

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.

Página Original 6

---

LDSS-4826A SP LP (Rev 2/18)

## **LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN**

### **DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO SNAP**

**Los folletos de información para el cliente (LDSS-4148A-SP; LDSS-4148B-SP y LDSS-4148C-SP) contienen información adicional acerca de sus derechos y deberes. Puede obtener esos folletos en una oficina de su distrito local o en línea.**

### **USTED TIENE DERECHO A::**

- Como solicitante o beneficiario de SNAP, a usted se le debe programar la entrevista tan pronto como sea

posible a fin de determinar si usted reúne los requisitos y para emitir los beneficios dentro de los 30 días de presentar la solicitud.

- Usted tiene derecho a solicitar que no se realice la entrevista en la oficina si usted está pasando por una situación de extrema dificultad. Una situación de extrema dificultad sería, entre otras: enfermedad, problemas de transporte, cuidado de un miembro de la familia, dificultades porque reside en un área rural, clima severo prolongado, u horario de trabajo o capacitación que no le permitan presentarse durante el horario habitual de oficina del distrito de servicios sociales. **Si usted lo solicita, se le puede eximir del requisito de entrevista si todos los miembros adultos de su grupo familiar son personas de edad avanzada o personas discapacitadas sin ingresos devengados.** La agencia lo puede eximir del requisito de entrevista en la oficina y en su lugar hacer una entrevista por teléfono o a domicilio. Las entrevistas en persona se pueden programar con anticipación en un lugar de acuerdo mutuo, inclusive en la casa de la persona a ser entrevistada.
- Usted puede traer su propio intérprete a la entrevista. Si necesita un intérprete la agencia le proporcionará uno, sin costo alguno para usted. No se le pueden

negar los servicios por el hecho de que usted no maneje el idioma inglés con fluidez, o porque usted tenga impedimentos de audición o habla. Ciertos distritos locales utilizan el sistema teletipo de transmisión TTY/TTD para atender a los solicitantes / beneficiarios con impedimentos de habla o audición. Si necesita servicios especiales puede solicitarlos del distrito local.

- Si usted tiene una incapacidad, tiene el mismo derecho de ser entrevistado y tener acceso al subsidio SNAP que una persona sin incapacidad.
- Se le debe informar dentro de los 30 días de la fecha en que presentó (registró) su solicitud y se le entrevistó para el subsidio SNAP, si su solicitud ha sido aprobada o denegada. Si reúne los requisitos para que su solicitud se tramite por medio del procedimiento acelerado, se lo deben comunicar dentro de los 5 días de entregar (registrar) la solicitud si usted reúne los requisitos del programa SNAP y se le ha informado si necesita documentación adicional.
- Recibir una notificación por escrito comunicándole si su solicitud del subsidio SNAP fue aprobada o denegada:

- Si su solicitud es aprobada, esta notificación le informará el monto del subsidio SNAP que obtendrá;
- Si su solicitud es denegada, esta notificación le informará las razones y lo que usted debe hacer si no está de acuerdo o no entiende esta decisión.

### ¿QUÉ ES UNA AUDIENCIA IMPARCIAL?

Una audiencia imparcial es la oportunidad que usted tiene para explicarle a un juez de derecho administrativo de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York, las razones por las que usted considera que la decisión tomada por el distrito de servicios sociales en su caso fue errónea. Después de la audiencia imparcial, el Estado emitirá una decisión por escrito en la cual dejará por sentado si la decisión tomada por el distrito de servicios sociales fue correcta o errónea. Es posible que la decisión por escrito ordene que el distrito de servicios sociales rectifique su caso.

### LÍMITE DE TIEMPO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:

Si usted desea solicitar una audiencia imparcial para obtener el subsidio SNAP, **llame de inmediato** ya que



existen límites de tiempo. Si espera demasiado, es posible que no pueda obtener una audiencia imparcial. **Si obtiene una notificación acerca de su caso**, y usted desea solicitar una Audiencia Imparcial, la notificación le indicará con cuánto tiempo cuenta para solicitarla. **Lea atentamente y en su totalidad la notificación. Si la notificación que recibió le indica que le han denegado, interrumpido o reducido su subsidio SNAP, puede solicitar una Audiencia Imparcial dentro de los 90 días contados a partir de fecha de la notificación. Puede solicitar una Audiencia Imparcial durante el periodo de revalidación cuando usted crea que no está recibiendo el monto de subsidio SNAP que debería recibir.**

Página Original 7

---

LDSS-4826A SP LP (Rev 2/18)

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN  
IMPORTANTE A CONTINUACIÓN  
(continuación)**

**CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA  
IMPARCIAL**

Puede solicitar una Audiencia Imparcial de cualquier zona del estado de Nueva York por teléfono, fax, internet o por escrito a la dirección que aparece a continuación.

**Por teléfono:** El número gratis a nivel estatal es el 800-342-3334. Tenga a mano la notificación, si tiene una, cuando llame.

**Por fax:** la petición de Audiencia imparcial a:  
518-473-6735

**Por Internet:** Llene la solicitud en línea en <http://otda.ny.gov/hearings/>

**Por escrito:** Si recibe una notificación, llene el espacio en blanco y envíe una copia de la notificación, o escriba a:

**Fair Hearing Section**

**NYS Office of Temporary and Disability Assistance**

**Fair Hearings**

**P.O. Box 1930**

**Albany, New York 12201-1930** *Conserve una copia de la notificación*

**En persona:** Si usted vive en la Ciudad de Nueva York, también puede solicitarla en persona, dirigiéndose a la oficina que aparece a continuación: **Office of Administrative Hearings, Office of Temporary &**

**Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn,  
New York**

**EMERGENCIA:** si su situación es muy seria, la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York le programará una audiencia imparcial lo antes posible. Cuando llame o escriba para solicitar una audiencia imparcial, asegúrese de explicar que su situación es muy seria.

**NOTA:** Para Audiencias Imparciales de emergencia en la Ciudad de Nueva York solamente: llame al 800-205-0110. Este número de teléfono es solamente para emergencias. En este número solamente se atienden emergencias, si su caso no es una emergencia, no se le atenderá su llamada.

**INTÉRPRETES:** si inglés no es su idioma principal o si usted padece de sordera o tiene un impedimento de oído, se le puede suministrar un intérprete de idiomas o de lengua de signos, sin costo alguno.

**ASISTENCIA ININTERRUMPIDA:** Si usted recibe una notificación en la que se le informa que se interrumpirán o reducirán sus beneficios y solicita una audiencia imparcial antes de la **fecha de vigencia** en la notificación, su subsidio SNAP, en la mayoría de los casos, permanecerá

igual («asistencia ininterrumpida») hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial. Si no recibe una notificación sobre su caso, y sus beneficios son interrumpidos o reducidos, al mismo tiempo que usted ha solicitado una audiencia imparcial, usted siempre puede solicitar que se le reestablezca su subsidio SNAP (**«asistencia ininterrumpida»**) hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial.

Sin embargo, si usted recibe **«asistencia ininterrumpida»** y no se decide a su favor en la audiencia imparcial, usted tendrá que devolver todo monto de beneficio que recibió como «asistencia ininterrumpida» mientras esperaba por la decisión de la audiencia imparcial. Si **no** desea continuar recibiendo el subsidio SNAP que ha estado recibiendo hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial, debe informárselo a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York cuando llame o mande una carta solicitando una audiencia imparcial.

## **CÓMO PREPARARSE PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:**

La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York le enviará una

notificación informándole cuándo y dónde se realizará la Audiencia Imparcial. En preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a examinar el expediente de su caso y a obtener copias gratuitas de los formularios y documentos que se entregarán al juez de derecho administrativo en la audiencia imparcial. Además, puede obtener copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios para la audiencia imparcial. Normalmente, usted puede obtener estos documentos antes de la audiencia o en la audiencia, a más tardar. Si solicita algún documento relacionado con su audiencia, y el distrito local de servicios sociales no se lo entrega antes de la audiencia o en la audiencia, informárselo al Juez de Ley Administrativa.

En la audiencia le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso y documentos con los que cuente tales como: **comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas**, para que le ayude a explicar por qué usted cree que la decisión tomada por el distrito de servicios sociales es errónea.

A la Audiencia Imparcial puede venir acompañado(a) de un abogado, un pariente o un amigo que le pueda ayudar a explicar por qué usted cree que la decisión tomada por el distrito de servicios sociales sobre su caso es errónea.

Si cree que necesita los servicios de un abogado en la audiencia imparcial, puede obtener servicios legales gratuitos si se comunica con su oficina local de Ayuda Legal o de Servicios Legales. Si desea obtener los nombres de otros abogados, comuníquese con el Colegio de Abogados local (Bar Association).

Página Original 8

---

LDSS-4826A SP LP (Rev 2/18)

## LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

Una persona de su distrito local de servicios sociales también estará presente en la Audiencia Imparcial para explicar la decisión que el distrito de servicios sociales tomó sobre su caso. Usted o su representante podrá hacerle preguntas a esa persona y a todo testigo del distrito de servicios sociales.

Si no puede asistir a la audiencia imparcial, puede enviar a un representante. Si envía un representante que no sea un abogado a la audiencia imparcial, debe entregarle a él o ella una carta dirigida al juez de derecho administrativo. La carta debe indicarle al juez que dicha persona está ahí

en su representación. Si el juez de derecho administrativo decide que se requiere su presencia, y su testimonio es necesario, en este caso la audiencia se puede programar para otro día para que usted comparezca. Se le notificará por correo la nueva fecha de la audiencia.

**NOTA:** si usted lo solicita, podrá recuperar el dinero que gastó en transporte público, cuidado de niños y demás gastos relacionados con el transporte hacia la audiencia imparcial. Si no dispone de transporte público, se le podrá rembolsar el dinero que gastó en otro tipo de transporte. Si no puede usar el transporte público debido a un problema médico, se le podrá reintegrar el dinero que gastó en otro tipo de transporte. Sin embargo, posiblemente se le pida verificación médica.

## CÓMO EXAMINAR EL EXPEDIENTE DE SU CASO Y REGISTROS ELECTRÓNICOS:

Una vez usted somete una solicitud de SNAP o de cualquier otro tipo de ayuda, se genera un expediente de su caso. Normalmente, usted tiene el derecho a examinar esos expedientes. Sin embargo, posiblemente **no** pueda examinar todos los expedientes. La persona a cargo de su caso le explicará las reglas.

Cuando usted manda una petición por escrito solicitando una copia de sus expedientes electrónicos, la Ley de Protección de Información Personal exige que las agencias del estado de Nueva York le envíen sus expedientes, ● le comuniquen la razón por la que no le darán sus expedientes, ● le informen que recibieron su pedido y que van a determinar si está autorizado a obtener sus expedientes dentro de los cinco días hábiles en los que hayan recibido su carta de solicitud.

## UN SOLICITANTE O BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO SNAP TIENE VARIAS RESPONSABILIDADES:

### **Requisitos laborales para solicitantes o recipientes del subsidio SNAP**

A menos que un individuo documente a satisfacción del Distrito de Servicios sociales, que él o ella está exento (a) (que no se le requiera participar) de los requisitos laborales de SNAP (anuncio abajo descrito), el individuo debe:

- Aceptar un empleo o recomendación para una vacante de empleo
- Participar en una evaluación de su capacidad para trabajar



- Proporcionar información sobre su situación laboral y su disponibilidad para trabajar
- Participar en aquellas actividades laborales que el distrito de servicios sociales le asigne

Un individuo está exento (a) (que no se le requiera participar) de los requisitos laborales de SNAP, si en la documentación aportada a satisfacción del funcionario de servicios sociales, el individuo:

- Es menor de 16 años de edad o mayor de 60 años de edad
- Está física o mentalmente discapacitado, incapacitado o enfermo y no puede incorporarse a las actividades laborales
- Es responsable por el cuidado de un niño dependiente menor de seis años de edad. Si usted está participando en una actividad laboral bajo un programa de Asistencia Temporal financiado con fondos federales, esta exención de los requisitos laborales de SNAP no aplica.
- Debe cumplir y cumple con los requisitos laborales de un programa de Asistencia Temporal financiado con fondos federales. Si se le asigna una tarea laboral, esta exención de los requisitos de SNAP no aplica.

- Es responsable del cuidado a tiempo completo de una persona incapacitada
- Es un solicitante o beneficiario de prestaciones de seguro por desempleo
- Participa regularmente en un programa de tratamiento y rehabilitación por abuso de drogas o alcohol y el funcionario de servicios sociales determina que usted no está capacitado para trabajar o que es impráctico asignarle actividades laborales

Pagina Original 9

---

LDSS-4826A SP LP (Rev 2/18)

## LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

- Es un estudiante matriculado por lo menos a tiempo parcial en una institución acreditada, un programa de capacitación o una institución de educación superior
- Trabaja por lo menos 30 horas a la semana o gana por lo menos el equivalente de 30 veces el salario mínimo federal por semana.

- Es solicitante de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y subsidios SNAP amparado por las disposiciones conjuntas de procesamiento.
- Tiene 16 o 17 años de edad, no es jefe de familia y asiste a la escuela o a un programa de capacitación laboral por lo menos a tiempo parcial.

Si un individuo no cumple o se niega a cumplir con una asignación de trabajo de SNAP o renuncia a su trabajo, él o ella puede perder el subsidio SNAP. El período de tiempo en que perderá sus beneficios dependerá de la cantidad de veces que no cumplió con los requerimientos de trabajo.

### **Requisitos adicionales para beneficiarios de SNAP que son Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWD)**

Un individuo sujeto a cumplir con los requisitos laborales de SNAP, debe cumplir con los requisitos adicionales de SNAP, a menos que el individuo:

- Sea menor de 18 años de edad o tenga 50 años de edad o más;
- Viva en un hogar que recibe SNAP en el cual uno de los miembros es menor de 18 años de edad;

- Beneficiario de indemnización por incapacidad por parte de la oficina de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)
- Es beneficiario de subsidios por incapacidad de fuentes privadas o públicas, como por ejemplo el subsidio del Seguro Social por Incapacidad (SSDI) o el subsidio por incapacidad del Estado de Nueva York
- Esté embarazada; o
- No pueda trabajar por lo menos 80 horas mensuales debido a una limitación física o mental.

**NOTA:** solamente el individuo que cumpla con una o más de las condiciones señaladas anteriormente, estaría exento (a) de los requisitos de ABAWD. Los otros individuos que estén bajo la categoría ABAWD pertenecientes al grupo familiar beneficiario del subsidio SNAP, deben cumplir con el requisito de ABAWD para continuar habilitando para recibir SNAP por más de 3 meses en un periodo de 36 meses.

Los individuos que no estén exentos de los Requisitos Adicionales expuestos arriba, son personas ABAWD y son únicamente aptas para recibir el subsidio SNAP solamente por tres meses en un periodo de 36 meses, a menos que el individuo:

- Trabaje (incluido el trabajo en especie y el trabajo voluntario) por un mínimo de 80 horas al mes;
- Participe en un programa laboral o de capacitación aprobado por el distrito de servicios sociales por lo menos 80 horas al mes;
- Cumpla con una asignación del Programa de Experiencia Laboral (WEP) por el número de horas equivalente a su subsidio SNAP dividido por la tarifa mayor del salario mínimo federal o estatal;
- Participe en un programa de la Ley de Oportunidades e Innovación de la Fuerza Laboral el cual puede incluir: búsqueda de empleo, preparación para el empleo, capacitación en habilidades ocupacionales y actividades educativas; o en el programa de Ley de Comercio de 1974, por lo menos 80 horas al mes; o
- Participar en una combinación de trabajo o programas autorizados de trabajo de una duración mínima de 80 horas al mes.

NOTA: los requisitos laborales descritos anteriormente aplican para cada persona bajo la categoría ABAWD del grupo familiar que recibe el subsidio SNAP.

Si la persona ABAWD reúne alguno de los requisitos indicados anteriormente, pero no ha notificado al distrito de servicios sociales, dicha persona debe comunicarse

inmediatamente con el distrito de servicios sociales y entregar la documentación relacionada con su participación, para evitar la inhabilitación para recibir el subsidio SNAP, después de recibirlo por 3 meses en un periodo de 36 meses. Si la persona ABAWD no está trabajando o participando por lo menos 80 horas en una actividad aprobada y él o ella desea continuar participando en el programa SNAP posterior al límite de 3 meses y no puede conseguir un empleo remunerado de por lo menos 80 horas al mes, él o ella debe comunicarse inmediatamente con el distrito de servicios sociales, con motivo de tratar qué tipo de trabajo o programas de trabajo están disponible que le permitan a una persona denominada ABAWD cumplir con el requisito laboral federal de ABAWD.

Además, la persona ABAWD debe presentar documentación de participación mensual en actividades laborales no remuneradas e informar al distrito de servicios sociales dentro de 10 días de finalizado el mes si él o ella trabaja menos de 80 horas al mes. El no cumplir con estos requisitos sin causa justificada, puede tener como resultado que la persona ABAWD no habilite para recibir el subsidio SNAP.

**MOTIVO JUSTIFICADO:**

Una persona bajo la categoría ABAWD puede tener un motivo justificado que le impidió trabajar o participar en otra actividad aprobada de ABAWD por lo menos 80 horas al mes. Un motivo justificado es el acontecimiento o circunstancia ajena a la voluntad del individuo que no le permite a la persona ABAWD cumplir con el requisito ABAWD durante el mes. Se citan los siguientes ejemplos de motivo justificado, aunque sin carácter limitativo: una enfermedad temporal o emergencia de tipo familiar. Una persona bajo la categoría ABAWD debe presentar comprobantes de todo motivo justificado o la exención del requisito de ABAWD que solicita la persona ABAWD, cuando el distrito de servicios sociales así lo requiera. Un comprobante de motivo justificado podría ser una carta del médico o profesional médico de la persona ABAWD u otros documentos que avalen la exención o el motivo justificado.

Si la persona ABAWD cree que él o ella tiene un motivo justificado para no cumplir con el requisito de ABAWD, si cree que él o ella debería ser eximido (a) del requisito de ABAWD porque cumple con una de las condiciones arriba mencionadas o vive en un área con una exención aprobada; entonces, la persona ABAWD debe comunicarse inmediatamente llamando al número de

teléfono del distrito indicado anteriormente y proporcionar la documentación al distrito de servicios sociales. Si una persona ABAWD no cumple con los requisitos de trabajo y pierde la habilitación para recibir el subsidio SNAP, es probable que él o ella pueda recibir el subsidio SNAP nuevamente, si es apto(a) y debe comunicarse inmediatamente con el distrito de servicios sociales para saber lo que tiene que hacer para poder volver a ser apto(a) para recibir el subsidio SNAP.

### **SI ESTÁ BAJO SOSPECHA DE FRAUDE**

Si se da cuenta que usted está bajo investigación porque la persona a cargo de su caso cree que usted no dijo la verdad en relación con los datos de su caso, le sugerimos consultar un abogado. Si se le imputan cargos de fraude al sistema de bienestar público en un tribunal de lo penal, el juez le asignará un abogado que lo representará sin costo alguno si usted reúne los requisitos.

Página Original 10

---

LDSS-4826A SP LP (Rev 2/18)

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN  
IMPORTANTE A CONTINUACIÓN  
(continuación)**



## **RESPONSABILIDAD DE VOLVER A CONCERTAR UNA ENTREVISTA A LA QUE NO PUDO ASISTIR:**

Como solicitante o beneficiario de subsidio SNAP, usted es responsable de volver a hacer una cita para la entrevista a la cual no pudo asistir antes de cumplido el día 30 contado a partir de la fecha en que envió la solicitud si no quiere perder el subsidio SNAP.

## **RESPONSABILIDAD DE PRESENTAR PRUEBAS**

Cuando usted solicite el subsidio SNAP, se le pedirá que someta comprobantes de ciertos factores. Su trabajador(a) de casos le indicará lo que necesita presentar. Los requisitos de documentos son diferentes para cada programa de asistencia. Si el distrito de servicios sociales ya cuenta con comprobantes de ciertos factores que no están sujetos a cambios, tales como su número de seguro social, no es necesario que los presente de nuevo.

Si trae comprobantes de identidad y otros documentos importantes consigo la primera vez que solicita asistencia, podría obtener asistencia más pronto.

Si entrega los documentos en la oficina local de servicios sociales, pida un recibo que muestre el nombre del distrito, su nombre, la fecha, la hora, y una lista de cada

documento específico que deja como también el nombre del trabajador social que le da el recibo.

Usted debe proporcionar los comprobantes que la persona encargada de su caso le ha indicado que son necesarios para determinar si usted reúne los requisitos para recibir el subsidio SNAP. Si se le dificulta obtener los comprobantes requeridos, comuníquese a la persona encargada de su caso.

## **INFORMACIÓN SOBRE HABILITACIÓN PARA NO CIUDADANOS ESTADOUNIDENSES**

Muchas personas no ciudadanas estadounidenses son extranjeros habilitados que reúnen los requisitos para recibir el subsidio SNAP. Incluso si usted no lo es, sus hijos podrían habilitar. El que usted reciba el subsidio SNAP no afectará su condición migratoria con respecto a cualquier decisión que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración tome sobre su cuestión de inmigración.

Usted puede recibir el subsidio SNAP si usted es ciudadano(a) estadounidense, un no ciudadano nacional estadounidense (personas nacidas en Samoa Estadounidense o en la isla de Swain) o un extranjero con un estado migratorio aprobado. Un extranjero con estado

migratorio aprobado, según el programa SNAP, se refiere a:

1. Un amerindio nacido en Canadá con al menos 50 por ciento de sangre de raza amerindia conforme al artículo 289 de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (Immigration and Nationality Act, INA); o
2. Un miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal, según lo estipula la Sección 4(e) de la Ley de Autodeterminación y Asistencia Educativa de los Pueblos Indígenas; o
3. Un extranjero admitido en calidad de hmong o laosiano de Highland, inclusive su cónyuge (el cónyuge superviviente que no se ha vuelto a casar) e hijos solteros a cargo; o
4. Refugiados admitidos conforme la sección 207 del INA; o
5. Un extranjero al que se le ha otorgado asilo conforme al artículo 208 del INA; o
6. un extranjero cuya deportación haya sido retenida conforme a la Sección 243(h) de la INA en vigencia antes del 1º de abril de 1997; o cuya remoción haya sido retenida conforme la Sección 241(b)(3) del INA; o

7. Un extranjero ingresante cubano o haitiano, según lo define la Sección 501(e) del Acta de Servicios Educativos para Refugiados de 1980;
8. Un extranjero víctima de trata de personas según la Sección 103(8) de la Ley de Protección a Víctimas de Trata de Personas de 2000; o
9. Un extranjero con residencia legal en servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE. UU., con baja honorable cuya baja no se debe a su estado migratorio, su cónyuge y menores a cargo solteros, y el cónyuge supérstite que no se ha vuelto a casar; o Un extranjero admitido como inmigrante amerasiático; o
11. Un extranjero admitido legalmente con residencia permanente conforme al INA y que haya tenido ese estado migratorio por 5 años, o
12. Un extranjero admitido por razones humanitarias o de interés público según la sección 212 (d)(5) del INA por un periodo mínimo de un año y haya tenido ese estado por 5 años; o
13. Un cónyuge o niño maltratado, el padre o madre de un niño maltratado, o el niño de madre o padre maltratado con petición pendiente o aprobada conforme el 8 USC 1641(c) que entró antes del 8/22/96 y haya tenido ese estado por 5 años, o

14. Los extranjeros además pueden recibir el subsidio SNAP si:

- Han sido admitidos con residencia legal permanente y han trabajado o se les puede acreditar 40 trimestres de trabajo.
- Tienen uno de los estados migratorios aprobados anteriormente y reciben ciertos beneficios por incapacidad o ceguera;
- Tienen uno de los estados migratorios indicados anteriormente y son menores de 18 años;
- Residen legalmente en los EE. UU., al día 22 de agosto de 1996 y ahora son ciegos o incapacitados, tienen 60 años o más,
- Son nacionales iraquís o afganos a quienes se les otorgó un estado migratorio especial conforme a la sección 101(a)(27) de la INA o se les ha otorgado entrada condicional conforme a la sección 203(a)(7) de la INA en efecto antes del 4/1/80.