

## Solicitud para el Programa SNAP

### ¿Qué es SNAP?

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) es un programa que le ayuda a comprar alimentos para una buena salud.

### ¿Cómo puedo obtener los beneficios del programa SNAP?

**Paso 1.** Llene una solicitud.

Cualquier persona puede llenar una solicitud. Conteste tantas preguntas como usted pueda. **Si usted está solicitando los beneficios de SNAP y no puede llenar todas las 8 páginas de la solicitud hoy, asegúrese de llenar esta hoja, firmarla y entregarla. Llene y entregue el resto de la solicitud (páginas 2-8) lo más pronto que pueda.**

**Paso 2.** Devuélvanos la solicitud.

Usted puede enviar su solicitud por fax al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS, por sus siglas en inglés) o enviarla por correo a la siguiente dirección: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602. O, usted puede entregar su solicitud en la oficina local del DCBS cuando ésta esté abierta. Cuando recibamos su solicitud, usted recibirá instrucciones para completar una entrevista. Usted tiene el derecho de saber pronto si recibirá beneficios o no. **El día en que recibamos esta página con su nombre, dirección y su firma comienza el plazo de tiempo que tenemos para determinar si usted es elegible para los beneficios de SNAP. También, esta es la fecha de inicio de sus beneficios de SNAP si usted es elegible para ellos.**

**Paso 3.** Hable con nosotros.

En la entrevista, usted tiene que mostrarnos:

- Verificación de quién es usted, tales como su licencia de conducir, tarjeta de Seguro Social o documentos de inmigración; **\*Ver el aviso en la página 3 acerca de proporcionar su número de Seguro Social.**
- Verificación de quiénes viven en su hogar, tales como un contrato o una declaración por escrito;
- Verificación de que usted vive en Kentucky;
- Verificación de costos de cuidado infantil o manutención infantil pagada; y
- Verificación de dinero que usted ha recibido en los últimos 60 días, incluyendo cualquier talón de cheque.

**\*Si usted no puede traer todo esto, acuda a su entrevista de todos modos. Nosotros le ayudaremos.**

### Díganos acerca de usted

**Nombre Legal:**

\_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ (Número de Seguro Social)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ (Dirección postal) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código Postal)  
(mes / día / año)

Condado de domicilio \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Suyo  Cercano

*Si su dirección de domicilio es diferente a la dirección postal, escríbala abajo:*

\_\_\_\_\_ (Dirección) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código Postal)

Firma/Marca (X)

Testigo (Si está firmado con una X)

La fecha de hoy

/ /

Lenguaje hablado: \_\_\_\_\_ Lenguaje escrito: \_\_\_\_\_

¿Es limitado su dominio del inglés?  Sí  No

Podemos conseguir un intérprete sin cargo alguno para su entrevista si usted tiene dificultades para hablar inglés. ¿Necesita usted un intérprete durante la entrevista?  Sí  No *Si responde sí, ¿en qué idioma?* \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para una comunicación efectiva?  Sí  No *Si responde sí, favor de seleccionar todas las que correspondan:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

- Intérprete de Lenguaje de Señas Americano    Intérprete de la Palabra Complementada    Intérprete de lenguaje oral
- Intérprete Táctil    Video-Intérprete    Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones
- Braille    Letra Grande    Comunicación por vía electrónica (correo-e)    Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna afección física o mental que en su caso haga necesarias acomodaciones especiales (como, p. ej., acceso a una silla de ruedas, etc.) durante la entrevista de solicitud?  Sí  No

Si responde sí, ¿qué es lo que necesita? \_\_\_\_\_

### ¿Cuándo recibiré los beneficios de SNAP?

**Usted podría recibir los beneficios de SNAP para el quinto día a partir de haber hecho su solicitud.** A esto se le llama Beneficios Acelerados. Si usted califica para esto, necesitaremos algo además de esta página. Vea la información acerca de Beneficios Acelerados que aparece abajo o pregúntenos acerca de esto.

Para obtener beneficios de SNAP, usted necesitará llenar toda esta solicitud. Necesitamos la solicitud **completa** para decidir si usted es elegible, aun si usted califica para Beneficios Acelerados. Entre más información usted nos proporcione, mejor trabajo podremos hacer. Le pedimos que nos dé toda la información posible. Si necesita ayuda, pida nuestra ayuda y se la daremos. También necesita entregar una copia de su identificación personal (ID) tales como su licencia de conducir, tarjeta de Seguro Social o documentos de inmigración.

#### **Beneficios acelerados – Beneficios de SNAP en 5 días**

**Los que pueden obtener beneficios de SNAP en un plazo de 5 días son:**

- Hogares con menos de \$150 en ingresos brutos mensuales y \$100 o menos en activos; u
- Hogares con renta, hipoteca y servicios para el hogar que están por encima de los ingresos brutos mensuales del hogar y de sus activos; u
- Hogares que tienen un trabajador agrícola migrante o por temporada y con activos de \$100 o menos cuyos ingresos están por cancelarse o por empezar.

#### **Beneficios de SNAP en 30 días:**

Si usted no recibe los beneficios acelerados, usted recibirá una carta diciéndole ya sea que:

- Usted es elegible para los beneficios de SNAP y por cuánto, o
- Usted no es elegible y por qué usted no es elegible para los beneficios de SNAP

**Usted puede solicitar SNAP y otros beneficios al mismo tiempo. Pero, su solicitud de SNAP se procesará separadamente. Tenemos que procesar su solicitud de SNAP basado en las reglas de SNAP y le haremos conocer nuestra decisión lo más rápido posible, pero no más de 30 días de la fecha en que recibamos su solicitud firmada. No se le negará su solicitud de SNAP simplemente porque se le haya negado su solicitud para otros beneficios o porque usted haya perdido otros beneficios que recibía.**

### ¿Puedo elegir a alguien que me ayude?

Usted puede elegir a alguien que le ayude. No está obligado a hacerlo. Pero, si decide hacerlo, la persona que elige podrá llenar su solicitud, responder preguntas a nombre de usted, dar información en su entrevista y comprar su comida con la tarjeta EBT. Nosotros podremos compartir información con esta persona.

**Nota:** Los Centros de Rehabilitación de Drogas o Alcohol con pacientes internados **tienen que** designar a un empleado para que solicite ayuda para cualquiera de sus residentes.

Representante :

(Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial del segundo nombre)
(Dirección postal)	(Ciudad)	(Estado)    (Código postal)
Fecha de Nacimiento	( )	Número de teléfono
MM   DD   AAAA		

### Información acerca de estatus de inmigración

Usted puede solicitar beneficios de SNAP por algunos miembros de su hogar aun si otros miembros no pueden ser elegibles debido a su estatus de inmigración. Por ejemplo, los padres que no tienen un estatus de inmigrante legal pueden solicitar beneficios de SNAP para sus hijos que son ciudadanos de EE.UU. o inmigrantes legales elegibles. Las personas que no tienen un estatus de inmigrante legal no pueden ser elegibles para los beneficios de SNAP. No nos comunicaremos con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. (USCIS, por sus siglas en inglés) acerca de las personas que usted nos diga que no tienen un estatus de inmigrante legal.

Tenemos que usar los ingresos y activos de ellos para determinar si el resto de los miembros del hogar pueden obtener beneficios de SNAP. Usted no tiene que presentar los documentos de inmigración de las personas para quienes no quiere solicitar los beneficios de SNAP. Verificamos el estatus de inmigración de los inmigrantes para quienes usted solicita a través del Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para Recibir Beneficios que es administrado por la USCIS. La información que recibimos podría afectar sus beneficios de SNAP.

**Datos acerca de los números de Seguro Social**

Usted puede elegir entre presentar o no el número de Seguro Social de cada una de las personas en su hogar. Podemos proporcionarles beneficios de SNAP solamente a las personas que presenten su número de Seguro Social o que pueden comprobar que ellos han solicitado un número de Seguro Social. Usted no tiene que presentar el número de Seguro Social de las personas por las que usted no quiere recibir beneficios de SNAP.

**Usted no será discriminado**

De acuerdo con las leyes federales y las políticas y normativas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus dependencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en programas de USDA o están a cargo de la administración de programas de este tipo, tienen prohibido discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, así como llevar a cabo represalias o acciones vengativas en el marco de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA debido a alguna actividad en el pasado relacionada con los derechos civiles.

Las personas con discapacidades que, para acceder a información del programa, necesitan de medios de comunicación alternativos (p. ej. Braille, letra grande, cassette de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.) deben ponerse en contacto con la entidad (ya sea estatal o local) a la que acudieron para solicitar los beneficios. Las personas sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339. Asimismo, es posible que se pueda acceder a información del programa en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja de discriminación, llene el Formulario de Quejas de Discriminación del Programa de USDA, (AD-3027), que puede encontrar en la siguiente dirección de Internet, [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 a USDA y que contenga toda la información que aparece en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno a USDA por las siguientes vías:

- (1) correo postal: 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-e: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Díganos acerca de las personas en su hogar**

Para los beneficios de SNAP, un hogar es una persona o grupo de personas que viven juntos y además compran y preparan la comida juntos. Las personas del grupo no tienen que ser familiares. **Las siguientes personas, si viven juntas, tienen que ser consideradas dentro de un hogar que recibe SNAP aunque no compren ni preparen la comida juntas:**

- Usted mismo y su esposo o esposa,
- Sus niños menores de 22 años (aun si ellos tienen sus propios niños),
- Cualquier padre de niños menores de 22 años,
- Otros niños menores de 18 años a quienes usted cuida, y
- Cualquier otra persona que compra y prepara la comida con usted.

**Instrucciones:**

En la tabla que aparece abajo, llene las casillas con la información de cada una de las personas que viven en su hogar. Si usted no quiere recibir beneficios para alguien, conteste "no" en la primera pregunta que aparece abajo y sólo llene las casillas para el nombre de la persona, su relación con usted, la fecha de su nacimiento y su número de seguro social.

Preguntamos por su etnicidad y raza para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color o la nacionalidad, pero usted no tiene que responder. Su respuesta no afectará cuántos beneficios recibe o cuán rápido los recibe. **Si usted elige contestar, use los siguientes códigos:**

<b>* Origen étnico</b>		<b>**Raza (Seleccione todo lo que aplica)</b>	
H = Hispano o Latino	B = Negro o Afroamericano	N = Nativo de Hawái/Nativo de otra Isla del Pacífico	
N = No es Hispano ni Latino	W = Blanco	A = Asiático	
		I = Nativo Americano o Nativo de Alaska	

\*\*\*Algunas personas tienen que acceder a inscribirse como solicitantes de empleo y puede que tengan que cumplir otras regulaciones de empleo/capacitación para poder recibir beneficios de SNAP. Le rogamos que indique si cada una de estas personas está de acuerdo con inscribirse. Nosotros le informaremos si las otras regulaciones de empleo/capacitación son de aplicación en el caso de alguno de los miembros de su hogar.

¿Está solicitando? Sí/No	¿Compran y preparan la comida juntos?	Primer nombre, inicial del segundo, apellido	Número de Seguro Social	Relación con usted	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	Sexo M o F	*Origen étnico	**Raza	Ciudadano Sí/No	***¿Accedió a inscribirse como solicitante de empleo? Sí/No
1.				<b>Sí mismo</b>	/ /					
2.					/ /					
3.					/ /					
4.					/ /					
5.					/ /					
6.					/ /					
7.					/ /					
8.					/ /					

¿Alguien tiene una tarjeta EBT de Kentucky?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

Enumere todos aquellos de 18 años de edad o mayor que están en la universidad o escuela vocacional: \_\_\_\_\_

¿Alguien recibe beneficios de SNAP de otro estado?  Sí  No ¿Qué estado? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por dar información incorrecta sobre quién es usted o dónde vive con el fin de obtener o intentar obtener los beneficios de SNAP en más de un hogar a la vez desde el 8/22/96?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Alguien es un criminal prófugo o un violador de la libertad condicional/bajo palabra?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Alguien ha sido condenado por un delito grave de drogas desde el 8/22/96?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por la compra, venta o comercialización de más de \$500 en beneficios de SNAP desde el 8/22/96?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por comercializar los beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos desde el 8/22/96?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado por comercializar los beneficios de SNAP por drogas después del 8/22/96?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

### ¿Qué gastos tiene su hogar?

Para obtener la mayor cantidad posible de beneficios de SNAP, díganos acerca de sus gastos. Si usted no informa o no entrega verificación de algún gasto esto será visto como una declaración de su hogar en la que usted manifiesta que no quiere recibir una deducción por los gastos que no han sido informados. En las líneas abajo díganos acerca de los gastos de su hogar.

#### **Vivienda y servicios del hogar**

Cuánto **le tocará pagar** a su hogar de los siguientes gastos:

Alquiler: \$ \_\_\_\_\_ por mes

Alquiler de lote: \$ \_\_\_\_\_ por mes

Hipoteca: \$ \_\_\_\_\_ por mes

Si usted paga impuestos o seguros **por separado** de su hipoteca, escriba las cantidades abajo:

Impuestos sobre propiedades: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Seguro de propietario de una vivienda: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Marque la casilla que está al lado de las facturas de servicios para el hogar que usted tiene que pagar:

- La luz/electricidad
- Gas
- Teléfono
- Otro, explique \_\_\_\_\_
- Agua
- Drenaje
- Basura
- Cargos adicionales por parte del arrendador

¿Alguna de las facturas de servicios para el hogar que usted paga es de la calefacción o el aire acondicionado?  Sí  No

¿Recibió usted en el pasado año ayuda del programa LIHEAP en su dirección actual?  Sí  No

**Gastos Médicos**

Si usted tiene gastos médicos, que no han sido pagados por el seguro, de alguien que está **discapacitado o que es mayor de 59 años de edad**, díganos. Estos gastos pueden ser facturas del doctor o del hospital, medicinas, transporte, primas del seguro de salud, u otros gastos médicos.

Quién paga: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ por mes

**Guardería**

Si usted tiene gastos por el cuidado de un niño o de un adulto que vive con usted, díganos.

Quién recibe el cuidado: \_\_\_\_\_ Quién paga por el cuidado: \_\_\_\_\_

Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ por mes

**Manutención Infantil**

Si alguien está pagando manutención infantil **ordenada por el tribunal**, díganos.

Quién paga: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ por mes

**Ayuda para pagar gastos**

Si usted recibe ayuda para pagar alguno de sus gastos, díganos:

¿Qué gasto fue pagado?	¿Quién lo pagó?	¿Cantidad que se pagó?

**¿Qué activos tienen las personas de su hogar?**

**Escriba la cantidad total de dinero que cada uno tiene en:**

Dinero en efectivo \$ \_\_\_\_\_ Cuentas en bancos o cooperativas de ahorro (*credit unions*) \$ \_\_\_\_\_

Acciones, bonos, certificados de ahorro u otros activos \$ \_\_\_\_\_

**¿Qué tipo de dinero reciben las personas de su hogar?**

Escriba el nombre de la persona y la cantidad mensual. Si usted deja un espacio en blanco, para nosotros esto significa que no recibe ningún dinero de este tipo. Adjunte otra hoja si es necesario.

De dónde proviene el dinero	Quién recibe el dinero	Cantidad mensual	Empleador (si es aplicable)
Dinero derivado del trabajo antes de los impuestos (Bruto)			
Dinero derivado del trabajo antes de los impuestos (Bruto) Segundo trabajo			
Trabajo por cuenta propia o Trabajos irregulares			
Propinas			
Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
Beneficios para los veteranos, Pensiones o Jubilación			
Desempleo o compensaciones a los trabajadores			
Manutención Infantil o Pensión para ex cónyuge			

Dinero proveniente de amigos o familiares			
Otro			

- ¿Alguien ha sido contratado para un trabajo pero aún no le han pagado?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Alguien ha dejado el trabajo en los últimos 30 días?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Es alguien trabajador agrícola migrante o por temporada?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Alguien está en huelga?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

**Favor de leer esta información, firmar y fechar la página 7**

### Reglas de SNAP

**Siga estas reglas:**

- No oculte ni dé información incorrecta a propósito para obtener los beneficios de SNAP.
- No use los beneficios de SNAP para comprar cosas que no sean comida, como alcohol o tabaco.
- No intercambie, venda ni regale los beneficios de SNAP.
- No use para sí mismo los beneficios de SNAP de otra persona.
- No use sus beneficios de SNAP para alguien fuera de su hogar.
- No use sus beneficios de SNAP para pagar ninguna cuenta de crédito aun si esta cuenta es para comprar alimentos que califican para SNAP.
- No venda comida comprada con los beneficios de SNAP.
- COOPERE con el personal federal y estatal en las revisiones de Control de Calidad.

### Sanciones del programa SNAP

Cualquier persona que quebrante las reglas descritas anteriormente:

- Podría no recibir beneficios de SNAP por 1 año en la primera infracción, 2 años en la segunda infracción y de por vida en la tercera infracción;
- Podría ser multada hasta con \$250,000 o ser encarcelada hasta por 20 años, o ambos; y
- Si un tribunal halla que usted es culpable de comprar, vender o intercambiar más de \$500 en beneficios de SNAP, usted podría no recibir beneficios de SNAP de por vida.
- Si un tribunal halla que usted es culpable de intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, usted perderá sus beneficios de por vida.
- Si un tribunal halla que usted es culpable de intercambiar beneficios de SNAP por sustancias controladas, usted perderá sus beneficios por dos años la primera vez y de por vida la segunda vez.
- Usted no recibirá beneficios de SNAP por 10 años si usted es hallado culpable de obtener o del intento de obtener beneficios de SNAP en más de un hogar al mismo tiempo. Esta sanción tiene lugar cuando usted entrega datos incorrectos acerca de quién es usted o en dónde vive.
- Además de estas sanciones, un tribunal también puede detener que usted obtenga los beneficios de SNAP por otros dieciocho meses si se le declara culpable de un delito grave o violación de un delito menor de las reglas enumeradas arriba.
- No obtendrá los beneficios de SNAP si se esconde o huye de la ley para evitar el enjuiciamiento, ser detenido, ir a la cárcel o violar una condición de la libertad bajo palabra/condicional.

**\*\*Proporcionar información incorrecta a propósito podría tener como resultado que tomemos acción legal en su contra, ya sea acción criminal o civil. Esto incluso podría significar que reduzcamos sus beneficios o que exijamos que devuelva el dinero.**

### ¿Qué hacemos con su información?

Si alguna información que usted nos proporciona no es correcta, podríamos negar los beneficios de SNAP. Les daremos sus respuestas a oficiales de la policía para detener a los prófugos de la justicia. Si usted tiene un sobrepago de beneficios de SNAP, les daremos sus respuestas a agencias federales y estatales para que cobren el sobrepago. Negaremos la ayuda a las personas, si usted no nos entrega el número de Seguro Social de ellos. Usaremos cualquier número de Seguro Social que se nos ha entregado, de la misma manera que usamos el número de Seguro Social de las personas que están recibiendo ayuda. No le daremos su número de Seguro Social a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. (USCIS, por sus siglas en inglés).

### Ley de Privacidad

La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, está autorizada bajo la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, según la enmienda, 7 U.S.C. 2011-2036. La información será usada ya sea para determinar si su hogar es elegible o si continúa siendo elegible para que participe en el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional.

Verificaremos esta información por medio de programas informáticos que harán comparación de datos. Esta información también será utilizada para seguir el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa.

Esta información puede ser revelada a otras agencias federales y estatales para exámenes oficiales, y a los oficiales encargados del cumplimiento de la ley con el propósito de detener a prófugos de la justicia.

Si un reclamo de SNAP surge en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social, pueden ser remitidos a las agencias federales y estatales, al igual que a las agencias privadas de cobro de reclamos, para la acción de cobro de reclamos.

Proporcionar la información pedida, incluyendo el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, si no proporciona el número de Seguro Social, tendrá como resultado la negación de los beneficios de SNAP para cada individuo cuyo número de Seguro Social no es proporcionado. Cualquier número de Seguro Social proporcionado será utilizado y revelado de la misma manera que los números de Seguro Social de miembros del hogar que son elegibles.

**Verificamos lo que usted nos dice**

Utilizamos sistemas informáticos para verificar los ingresos de su familia y para hacer comparaciones de los datos en sistemas de otras agencias tales como la Oficina de Empleo y Capacitación, el Servicio de Impuestos Internos y otras fuentes en las que se pueden hacer comparaciones. Si algo que usted nos ha dicho es diferente a lo que nos dice el sistema informático, verificaremos la información para determinar cuál es la información correcta. Es posible que verifiquemos su información al comunicarnos con su empleador, su banco u otras personas. Si alguna parte de esta solicitud es incorrecta, los beneficios de SNAP pueden ser negados y usted puede estar sujeto a las reglas de juicio criminal por proporcionar información incorrecta a sabiendas. La información que usted nos proporciona puede ser verificada por oficiales federales, estatales y locales para asegurar que la información es verdadera. Entre las informaciones que se pueden verificar están: el número de Seguro Social, empleo y salario, cantidades de dinero en cuentas bancarias, cantidades recibidas de otras fuentes como el Seguro Social o desempleo, y el estatus de inmigración.

**Su firma y entendimiento**

**Entiendo:**

- Las preguntas en esta solicitud y lo que puede suceder si oculto información o doy información incorrecta.
- Que tengo que proporcionar verificación de la información acerca de mi hogar.
- Que la oficina del Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS, por sus siglas en inglés) y la Unidad de Control de Calidad pueden comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener verificación de mis datos.
- Que la información que he proporcionado en la solicitud incluyendo la información relacionada con ciudadanía y estatus de inmigración está sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales para determinar si la información es verdadera.
- Que como un solicitante de los beneficios de SNAP, se requiere que proporcione el número de Seguro Social de cada una de las personas que viven en mi hogar para quienes estoy solicitando beneficios. (Los números de Seguro Social y estatus de inmigración no tienen que ser proporcionados para los miembros del hogar que no están solicitando beneficios.)
- Que los números de Seguro Social serán usados para varias comparaciones estatales y federales a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). Estas comparaciones de información incluyen, pero no están limitadas al, Seguro Social, IRS, SSI, Registros de Salarios, Seguro de Desempleo, Registros de Aplicación de Manutención Infantil y otras comparaciones proporcionadas bajo la autoridad de IEVS. Esta información puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando se encuentran discrepancias. La información proporcionada por el sistema IEVS, después de verificarla, puede afectar la elegibilidad y la cantidad de beneficios.

**Me comprometo a que:**

- Todos los miembros de mi hogar requeridos al efecto cumplirán las regulaciones de empleo y capacitación.

**Certifico, bajo pena de perjurio, que:**

- Mis respuestas son correctas y completas de acuerdo a mis conocimientos.
- Mi respuesta acerca de ciudadanía o estatus de inmigración de cada persona que está solicitando beneficios es correcta.

Firma/Marca (X)	Testigo (Si está firmado con una X)	La fecha de hoy / /
-----------------	-------------------------------------	------------------------

**¿Qué significan nuestros términos?**

Utilizamos estos términos en la solicitud. Esto es lo que quieren decir:

- Hogar** Una persona o grupo de personas que viven juntos y compran y preparan la comida juntos.
- Control de Calidad** Una unidad del Departamento de Servicios para la Comunidad que revisa los casos de beneficios de SNAP para ver si están correctos. Si su caso es elegido, la unidad de Control de Calidad se comunicará con usted.

**Reglas del trabajo  
y capacitación**

Algunas personas tienen que trabajar o asistir a capacitación para obtener beneficios de SNAP. Si este es su caso o el de otras personas en su hogar, le diremos. Tendrá que seguir las reglas sobre el trabajo y la capacitación para obtener los beneficios de SNAP.

**Cómo obtener una audiencia**

Usted puede solicitar una audiencia **dentro de 90 días** de la fecha en que reciba una notificación de nosotros sobre su solicitud de SNAP si no está de acuerdo con algo que **hemos hecho** a su solicitud o beneficios. Usted puede contar su versión de los hechos o traer a un amigo, familiar o abogado para que hable por usted en la audiencia.

**¿Cómo solicito una audiencia?**

Llame al 1-855-306-8959;

Adjunte una hoja por separado para explicar su razón para solicitar una audiencia, firmela y coloque la fecha, luego: Devuélvala a cualquier oficina de DCBS;

Devuélvala a: **Cabinet for Health and Family Services, Division of Administration Hearings, and Children Administrative Hearings Branch, 105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, Ky 40601**

**Revelación opcional de información**

***¡Ayúdenos a ayudarle!***

Usted no tiene que firmar esto, pero esto nos ayudará a obtener la información que necesitamos para ayudarle, sin tener que obtener su firma en solicitudes específicas.

**Usted debe saber:**

- Que es posible que necesitemos más información para decidir si usted puede recibir ayuda.
- Si necesitamos más información de usted, recibirá una carta en la que le informamos qué es lo que necesitamos y la fecha en la que debe entregarlo.
- Usted es responsable de obtener la información o de pedirnos que le ayudemos a obtenerla.
- Si usted no nos entrega la información o no pide ayuda antes de la fecha de entrega, su solicitud puede ser negada o su ayuda puede terminar.
- Es posible que podamos utilizar la revelación de información que aparece abajo para obtener la información que necesitamos. **Pero aun así tiene que proporcionar la información que le pedimos o tiene que pedir ayuda.**
- Es posible que adjuntemos una copia de esta autorización al formulario que utilizamos para solicitarle a otras personas u organizaciones (como su empleador) información específica y necesaria acerca de usted u otros miembros de su hogar.

**Escriba su nombre claramente y firme abajo para darnos permiso para que obtengamos la información necesaria.**

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN**

Por medio de la presente autorizo a cualquier persona u organización a proporcionarle al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad de Kentucky la información que requiere acerca de mí o acerca de otros miembros de mi hogar. Una copia de esta es tan válida como el original. Esta autorización no se aplica a la información de salud protegida. Esta autorización tiene una vigencia de 12 meses a partir de la fecha en que es firmada.

\_\_\_\_\_  
Su nombre (Por favor escriba claramente)

\_\_\_\_\_  
Firma o Marca

\_\_\_\_\_  
Testigo (si se firmó con una X)

\_\_\_\_\_  
Fecha