

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

NÚMERO DE CASO: _____

**FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN PARA EL SNAP
DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
(DHS)**

Si no realiza la recertificación, perderá los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). **DEBE HACER LO SIGUIENTE:**

- RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO (AGREGUE MÁS HOJAS SI ES NECESARIO).
- FIRME EL FORMULARIO E INDIQUE LA FECHA.
- ADJUNTE TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.
- DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA OFICINA DEL DHS.
- REALICE LA ENTREVISTA.

El formulario de recertificación puede devolverse en persona o enviarse por correo postal o por fax al número de la oficina que corresponda según su lugar de residencia:

Fax de la oficina de Providence:	(401) 415-8349 o	Fax de la oficina	(401) 768-3131
	(401) 415-8557	de Woonsocket:	
Fax de la oficina de Pawtucket:	(401) 721-6659	Fax de la oficina	(401) 782-4316
Fax de la oficina de Newport:	(401) 619-7201	de South County:	
		Fax de la oficina	(401) 736-1442 o (401) 736-1443
		de Warwick:	

Para que se procese la recertificación, debe realizar una entrevista. Una vez recibido su formulario de recertificación, un trabajador del DHS lo llamará o le enviará una carta para informarle la fecha y la hora de la entrevista. Si no se comunican con usted por teléfono ni recibe la carta con la fecha de la cita dentro de los 10 días de haber enviado el formulario de recertificación al DHS, póngase en contacto con la oficina local del DHS. Si no asiste a la entrevista, será su responsabilidad reprogramar la cita y proporcionar la información de verificación que se le solicite. La entrevista puede realizarse por teléfono o en persona en la oficina del DHS.

Indique un número de teléfono al cual podamos llamarlo: _____

IDIOMA:

IDIOMA PRIMARIO

CAMBIOS al idioma primario

¿Necesita un intérprete?
Si es necesario, se proporcionan servicios de interpretación sin cargo.
¿Puede leer y escribir en inglés?
Si no habla inglés, ¿algún miembro adulto del hogar lo hace?

SÍ____NO____
SÍ____NO____
SÍ____NO____

DOMICILIO:

DOMICILIO PARTICULAR:

DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE):

ADJUNTAR Comprobante de residencia. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS.

¿QUIÉN VIVE CON USTED EN EL HOGAR?

NOMBRE DE LA PERSONA	Parentesco con usted	¿Solicita el SNAP?	Fecha de partida si la persona se fue del hogar
_____	_____	SÍ____NO____	____/____/____
_____	_____	SÍ____NO____	____/____/____
_____	_____	SÍ____NO____	____/____/____

NUEVOS MIEMBROS del hogar

NOMBRE DE LA PERSONA	SEXO	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted
_____	M____F____	____/____/____	_____
_____	M____F____	____/____/____ MM DD AAAA	_____

Por cada NUEVO MIEMBRO del hogar que solicite beneficios, responda lo siguiente:

NOMBRE DE LA PERSONA	Número de Seguro Social	¿Esta persona es ciudadano estadounidense?
_____	____-____-____	SÍ____NO____
_____	____-____-____	SÍ____NO____

ADJUNTAR Comprobante de identidad. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS.

OTRA INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

¿Usted, su cónyuge o algún otro miembro del hogar viven en alguno de los lugares que se detallan a continuación? SÍ _____ NO _____

- Centro de rehabilitación de drogas o alcohol aprobado
- discapacidad
- Residencia grupal para ciegos o personas con discapacidad
- Residencia de cuidado y vida asistida
- Centro de cuidados a largo plazo

- Residencia para ancianos y personas con
- Refugio para mujeres víctimas de violencia
- Refugio para personas sin hogar
- Centro de reinserción social

Si la respuesta es afirmativa, complete la siguiente información:

NOMBRE DE LA RESIDENCIA GRUPAL

NOMBRE DE LA PERSONA

Además de usted y su cónyuge, ¿otros padres con hijos menores de 22 años viven con usted?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es afirmativa, responda las siguientes preguntas:

NOMBRE DE PADRE/MADRE

NOMBRE DEL HIJO

Para las personas del hogar mayores de dieciséis (16) años, indique a continuación la información sobre su formación académica o profesional:

NOMBRE DE LA PERSONA	Programa de educación o capacitación	Tiempo o medio tiempo	Fecha de finalización
_____	_____	_____	___/___/___
_____	_____	_____	___/___/___

¿Hay una persona en su hogar que no compra ni prepara las comidas con usted? Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

MM DD AAAA

NOMBRE DE LA PERSONA

¿Alguna persona del hogar tiene una enfermedad mental o física, incapacidad, discapacidad o ceguera? Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

NOMBRE DE LA PERSONA

PROBLEMA MÉDICO

DESEMPLEO:

¿Alguna persona del hogar está desempleada o solo trabaja medio tiempo? Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

NOMBRE DE LA PERSONA _____ ¿Está desempleada? SÍ _____ NO _____ ¿Trabaja medio tiempo? SÍ _____ NO _____

¿Rechazó esta persona una oferta de empleo o de un programa de capacitación en los últimos 30 días? SÍ _____ NO _____

Período en que recibió la compensación por desempleo en los últimos 12 meses:

DESDE: ____/____/____ HASTA: ____/____/____

Indique a continuación las horas y las semanas que trabajó en los últimos 30 días:

Semana	Fecha	Cant. de días trabajados	Nombre del empleador	Fechas de empleo	Ingresos percibidos
SEMANA 1	____/____/____	____/	_____	____/____/____ HASTA: ____/____/____	_____
SEMANA 2	____/____/____	____/	_____	____/____/____ HASTA: ____/____/____	_____
SEMANA 3	____/____/____	____/	_____	____/____/____ HASTA: ____/____/____	_____
SEMANA 4	____/____/____	____/	_____	____/____/____ HASTA: ____/____/____	_____
SEMANA 5	____/____/____	____/	_____	____/____/____ HASTA: ____/____/____	_____

INGRESOS LABORALES:

¿Alguna persona del hogar, incluidos los niños, recibe ingresos por un trabajo? SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

PERSONA CON INGRESOS _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR _____

Complete la siguiente información de los recibos de sueldo de las últimas CUATRO (4) semanas:

FECHA DE PAGO MM / DD / AAAA	HORAS	SALARIO BRUTO ANTES DE IMPUESTOS	PROPINAS/ COMISIONES	OTRO
1. ____/____/____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. ____/____/____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. ____/____/____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. ____/____/____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

ADJUNTAR Comprobante de ingresos salariales. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS.

INGRESOS DE UN NEGOCIO:

¿Alguna persona del hogar recibe actualmente ingresos de un negocio de su propiedad (trabajo por cuenta propia)?

SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

PERSONA CON INGRESOS DE UN NEGOCIO NOMBRE COMERCIAL O TIPO DE NEGOCIO

¿Cuáles son los ingresos brutos (antes de gastos) que recibe cada mes? \$ _____/mes

ADJUNTAR Comprobante de ingresos brutos percibidos el último mes y gastos relacionados si corresponde. Los gastos permitidos pueden ser, por ejemplo, mano de obra, materiales, suministros, impuestos, alquiler (si el negocio no funciona en la casa), gastos de viaje e intereses de préstamos para comprar equipos u otros bienes.

OTROS INGRESOS:

¿Usted o alguna persona del hogar reciben ALGÚN OTRO ingreso de los que se mencionan a continuación?

a) CUIDADO DE NIÑOS que se brinda a otros niños SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿a cuántos niños en total se les brinda cuidado? _____

b) PROPIEDAD EN ALQUILER propia o administrada SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas unidades hay en la propiedad? _____

¿Vive usted en alguna de ellas? SÍ _____ NO _____

c) ALQUILER DE UNA HABITACIÓN de su hogar a una persona SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿ofrece comidas además del alojamiento? SÍ _____ NO _____

Si respondió SÍ a cualquiera de estos tipos de ingresos, complete la siguiente información:

PERSONA CON INGRESOS	Tipo de ingresos	Ingresos brutos Monto y frecuencia*
_____	_____	\$ _____ CADA _____
_____	_____	\$ _____ CADA _____
_____	_____	\$ _____ CADA _____

* FRECUENCIA: semanal, quincenal, mensual, bimestral, trimestral, etc.

ADJUNTAR Comprobante de ingresos brutos percibidos el último mes y gastos relacionados si corresponde. Los gastos permitidos son aquellos que son esenciales para producir o prestar los servicios.

¿Usted o alguna persona del hogar, incluidos los niños, reciben ALGÚN OTRO ingreso que NO ES por un trabajo o trabajo por cuenta propia? SÍ _____ NO _____
 (Ejemplos: manutención infantil; beneficios del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o el seguro de jubilación, para sobrevivientes y por incapacidad (RSDI); indemnización laboral; seguro por incapacidad temporal (TDI); seguro de desempleo; pensiones; cuota alimentaria; intereses o dividendos; subsidio de adopción; beneficios para veteranos; asignación militar o de dependiente, etc.)

Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

PERSONA CON INGRESOS NO SALARIALES	Tipo de ingresos	Monto y frecuencia*
_____	_____	\$ _____ CADA _____
_____	_____	\$ _____ CADA _____
_____	_____	\$ _____ CADA _____

* FRECUENCIA: semanal, quincenal, mensual, bimestral, trimestral, etc.

ADJUNTAR Comprobante de ingresos no salariales. Consulte los DOCUMENTOS QUE NECESITA PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS. ¿Usted o alguna persona del hogar esperan una determinación respecto de la elegibilidad para recibir alguno de los tipos de ingresos mencionados antes? SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

PERSONA QUE SOLICITÓ LOS BENEFICIOS	Tipo de beneficio	Fecha prevista
_____	_____	____/____/____

 GASTOS:

¿Alguna persona del hogar paga la guardería de un niño o el cuidado diurno de un miembro del hogar adulto que tiene una discapacidad? SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

PERSONA QUE PAGA EL CUIDADO	Persona que recibe el cuidado	Monto pagado	Frecuencia*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

* FRECUENCIA: semanal, quincenal, mensual, bimestral, trimestral, etc.

ADJUNTAR Comprobante de cuidado de dependiente. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS. ¿Alguna persona del hogar paga manutención infantil por orden judicial a otro grupo familiar? SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

PERSONA QUE PAGA LA MANUTENCIÓN	Beneficiario	Monto pagado	Frecuencia*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ADJUNTAR Comprobante del monto pagado por manutención infantil. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS.

¿Usted o alguna persona del hogar pagan la totalidad o una parte del alquiler, el pago de la hipoteca, los impuestos a la propiedad, el seguro u otros costos de vivienda? SÍ _____ NO _____
 Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

TIPO DE GASTO	Monto y frecuencia*
_____	_____ CADA _____
_____	_____ CADA _____
_____	_____ CADA _____

* FRECUENCIA: semanal, quincenal, mensual, bimestral, trimestral, etc.
 ADJUNTAR Comprobante de gastos de vivienda. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS. ¿Obtuvo una subvención en virtud de la Ley de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAA) en su domicilio actual en los últimos doce (12) meses?

¿Usted u otra persona del hogar pagan los servicios básicos? SÍ _____ NO _____
 Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

PERSONA QUE PAGA EL SERVICIO	Tipo de servicio	Monto y frecuencia*
_____	_____	_____ CADA _____
_____	_____	_____ CADA _____
_____	_____	_____ CADA _____
_____	_____	_____ CADA _____

* FRECUENCIA: semanal, quincenal, mensual, bimestral, trimestral, etc.
 ADJUNTAR Comprobante de gastos de vivienda. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS. ¿Alguna persona del hogar que tiene una discapacidad o es mayor de 60 años paga gastos médicos no cubiertos por el seguro?

Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

PERSONA QUE PAGA LOS GASTOS MÉDICOS	Tipo de gasto médico	Monto y frecuencia*
_____	_____	_____ CADA _____
_____	_____	_____ CADA _____
_____	_____	_____ CADA _____
_____	_____	_____ CADA _____

* FRECUENCIA: semanal, quincenal, mensual, bimestral, trimestral, etc.
 ADJUNTAR Comprobante de gastos médicos. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS.

LLENADO DEL FORMULARIO:

¿Alguien lo ayudó a completar este formulario? SÍ _____ NO _____
 Si la respuesta es SÍ, complete la siguiente información:

NOMBRE DE LA PERSONA	TELÉFONO	AGENCIA (si corresponde)
_____	_____	_____

SANCIONES POR PERJURIO

Certifico bajo pena de perjurio que he leído (o me han leído) y comprendo el Aviso de derechos, responsabilidades y sanciones, y que mis respuestas son correctas, incluida la información sobre ciudadanía y condición de inmigrante, y completas según mi leal saber y entender. Tengo conocimiento de que en virtud de las Leyes Generales de Rhode Island, artículo 40-6-15, podrá imponerse una multa máxima de \$1,000 o una condena a prisión de hasta cinco (5) años, o ambas, a toda persona que obtenga, intente obtener, o ayude o induzca a otra persona a obtener asistencia pública a la que no tiene derecho, o bien, que no declare premeditadamente sus ingresos, recursos o circunstancias personales ni el aumento de estos, ni informe que estos superan el monto informado anteriormente.

Firma del solicitante o beneficiario

Fecha

Firma del tutor, abogado apoderado o representante autorizado

Fecha

SEPARE LA SECCIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES QUE LE CORRESPONDA Y CONSÉRVELA CON SUS REGISTROS.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

De los solicitantes o beneficiarios del Programa de Asistencia Alimentaria Suplementaria

DERECHOS

Tiene DERECHO a solicitar y, si se determina que es elegible, a recibir los beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria Suplementaria conforme a las políticas y las normas establecidas por las leyes y reglamentaciones estatales y federales.

Tiene DERECHO a apelar y a recibir una audiencia ante un funcionario de audiencia del Departamento si no está satisfecho con alguna decisión del Departamento o si el Departamento se demora en tomar una decisión. Si solicita una audiencia, su apelación se atenderá de inmediato. Un abogado o cualquier otra persona que elija pueden representarlo para comparecer en su nombre. Si no está conforme con una decisión del Departamento en relación con su solicitud, tiene derecho a solicitar una audiencia. Debe hacerlo dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha en que reciba un aviso por escrito sobre los beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria Suplementaria.

Tiene DERECHO a recibir un trato no discriminatorio. De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA y sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en sus programas o los administran, tienen prohibido discriminar por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad, creencias políticas o represalia, al igual que tomar represalia por quejas de derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren que la información sobre el programa les sea proporcionada por medios de comunicación alternativos (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede proporcionarse en otros idiomas aparte del inglés. Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA (AD-3027), que se encuentra en el sitio web http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por alguno de estos medios: (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 electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

De conformidad con el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d y subsiguientes), el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (29 U.S.C. 794), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42

U.S.C. 12101 y subsiguientes) y el título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 y subsiguientes), la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente denominada Ley de Cupones para Alimentos), la Ley de Discriminación por Edad de 1975,

U.S. las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (45 C.F.R. partes 80 y 84) y las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Educación de los Estados Unidos (34 C.F.R. partes 104 y 106), y el Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (7 C.F.R. 272.6), el Departamento de Servicios Humanos no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, religión, creencias políticas, edad o sexo en la aceptación o la prestación de servicios, empleo o trato, ni en sus actividades y programas educativos o de otra índole. En virtud de otras disposiciones de la legislación pertinente, el DHS no discrimina sobre la base de la orientación sexual o identidad o expresión de género. Para obtener más información sobre estas leyes contra la discriminación, las reglamentaciones y los procedimientos de queja para la resolución de quejas por discriminación, comuníquese con el DHS a la siguiente dirección: 206 Elmwood Avenue, Providence, Rhode Island 02907, o al teléfono 415-8500 (1-800-745-5555 o 711 para las personas sordas o con problemas de audición). El oficial de enlace de relaciones comunitarias es el coordinador de la implementación del título VI; el administrador o la persona designada de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) es el coordinador de la implementación del título IX, el artículo 504 y la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). El director del DHS o la persona designada tienen la responsabilidad general por el cumplimiento de los derechos civiles de todos los programas de la agencia.

Tiene DERECHO a la confidencialidad. Conforme a la legislación estatal, todas las agencias que administren programas incluidos como parte de esta solicitud están obligadas por las leyes y reglamentaciones estatales y federales a utilizar la información sobre usted y otros miembros de su hogar exclusivamente con fines directamente relacionados con la administración de los programas y de conformidad con las normas de privacidad de la información médica de identificación personal de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

El Departamento no publica información sobre usted ni otros miembros del hogar sin su consentimiento, a excepción de lo estipulado en las Leyes Generales de Rhode Island, artículos 40-6-12, 40-6-12.1 y 42-7.2-5(13), reglamentaciones

establecidas en el Código Administrativo del DHS. Toda persona hallada culpable de haber infringido las disposiciones de las Leyes Generales de Rhode Island, artículo 40-6-12, se considerará culpable de una falta. Los infractores están sujetos a una multa máxima de doscientos dólares (\$200), una condena a prisión de hasta seis (6) meses o ambas.

Tiene DERECHO a presentar una solicitud conjunta para más de un programa o una solicitud por separado para los beneficios del SNAP sin solicitar los beneficios de otros programas. Todas las solicitudes del SNAP, ya sean presentadas de forma conjunta o por separado, deben procesarse a los fines del SNAP de conformidad con los requisitos de procedimiento, celeridad, notificación y audiencia imparcial. A ningún hogar se le rechazará la solicitud del SNAP únicamente sobre la base de la denegación de su solicitud para participar en otro programa o la interrupción de los beneficios de otro programa sin que la agencia pertinente tome una determinación independiente respecto de su falta de cumplimiento con los requisitos de elegibilidad del SNAP. Si un hogar presenta una solicitud conjunta para el SNAP y otro programa y se le niegan los beneficios del otro programa, no deberá volver a presentar la solicitud conjunta ni presentar una nueva solicitud para el SNAP, sino que su elegibilidad para el SNAP se determinará sobre la base de la solicitud conjunta, de conformidad con los plazos de procesamiento de dicho programa, a partir de la fecha en que la solicitud conjunta fue aceptada por el Departamento.

Tiene DERECHO a nombrar a un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona designada por el jefe del hogar o su cónyuge, o bien, cualquier otro miembro responsable del hogar, para actuar en representación del hogar a fin de solicitar los beneficios del programa o utilizar dichos beneficios. El representante autorizado para la utilización de los beneficios puede o no ser la misma persona designada como representante autorizado para el proceso de solicitud o para cumplir con los requisitos de informes. La designación del representante autorizado debe realizarse por escrito.

RESPONSABILIDADES

Tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar información exacta sobre sus ingresos, recursos y arreglos de vida en esta recertificación.

Tiene la RESPONSABILIDAD de informarnos de inmediato (en un plazo de diez [10] días) sobre cualquier cambio en sus ingresos, recursos, composición familiar o cualquier otro cambio que afecte a su hogar. Si usted informa de manera simplificada, debe declarar cualquier cambio en los ingresos que provoque que los ingresos brutos del hogar superen el estándar de elegibilidad de ingresos brutos para el SNAP aplicable al tamaño de su grupo familiar. Si tiene alguna duda sobre los requisitos en materia de informes, comuníquese con el DHS para obtener asistencia.

Tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar su número de Seguro Social (o un comprobante de que lo ha solicitado) y los de los miembros de su hogar, o bien, de solicitarlos, si debe hacerlo, como condición de elegibilidad. La recopilación de información de esta solicitud, como así también de los números de Seguro Social (SSN) de todos los miembros del hogar para quienes recibe asistencia, está autorizada conforme a la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente denominada Ley de Cupones para Alimentos) y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036, y conforme a la ley federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910). Esta información se utilizará para determinar si su hogar es elegible o continúa siendo elegible para participar en los programas SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP y Seguro médico privado con ayuda financiera. El Departamento verificará esta información a través de programas informáticos con el Departamento de Trabajo y Capacitación, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, el Servicio de Alimentos y Nutrición y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por las leyes, reglamentaciones o contratos, y estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. La información sobre ingresos y elegibilidad obtenida de estos organismos se utilizará para garantizar que su hogar sea elegible para los beneficios de los programas SNAP, GPA, Asistencia para el cuidado de niños, RIW, Medicaid y Seguro médico privado con ayuda financiera y que reciba el monto correcto. Esta información también se utilizará para supervisar el cumplimiento de las reglamentaciones del programa, gestionar el programa, prevenir fraudes y verificar las reclamaciones de atención médica.

Esta información puede divulgarse a otros organismos federales y estatales para someterse a exámenes oficiales, así como a autoridades de aplicación de la ley a los efectos de aprehender a las personas que huyen de la ley. Si surge una reclamación contra su hogar, la información contenida en esta solicitud, incluidos todos los SSN, puede ser transmitida a organismos federales y estatales, así como a organismos privados de cobro de reclamaciones para los procedimientos de cobro de reclamaciones. El suministro de la información solicitada es voluntario. Sin embargo, si no proporciona los

SSN, se le denegarán los beneficios a cada persona que los solicite. Los SSN provistos se utilizarán y se divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros del hogar elegibles.

Tiene la RESPONSABILIDAD de informar o proporcionar comprobantes de sus gastos para recibir el monto máximo de beneficios del SNAP permitido. Si no informa sus gastos o no presenta comprobantes de estos, se interpretará que no desea recibir una deducción por los gastos no informados o no corroborados.

Tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar plenamente con el personal estatal y federal que lleva a cabo las revisiones de control de calidad.

Solo los ciudadanos estadounidenses y determinados inmigrantes legales pueden ser elegibles para los beneficios del SNAP. Si hay personas en su hogar que no son ciudadanos estadounidenses y que no son elegibles, puede presentar la solicitud y recibir los beneficios para otros miembros elegibles del hogar. No se lo obliga a proporcionar información de inmigración de las personas que no solicitan los beneficios, pero es posible que deba proporcionar otros datos de dichas personas, por ejemplo, ingresos y recursos.

Disposiciones para el reemplazo de la tarjeta de EBT del SNAP:

Los titulares de la tarjeta que soliciten cuatro (4) o más tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de reemplazo dentro de un período de doce (12) meses pueden ser derivados a la Unidad de Fraude para que se investigue el mal uso o abuso de la tarjeta de EBT. Las infracciones documentadas pueden tener como consecuencia una de las siguientes acciones o todas ellas:

- Descalificación para participar en el programa.
- Recuperación mediante resarcimiento o restitución.
- Inicio de acciones penales.

En todos los casos, la agencia deberá tomar medidas para proteger a los hogares que contienen personas indigentes, ancianos, personas con discapacidad, víctimas de delitos y otras personas vulnerables que podrían perder las tarjetas de EBT sin cometer un fraude.

Comprendo y acepto que la oficina del DHS puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

ADVERTENCIAS SOBRE SANCIONES DEL SNAP

Comprendo lo siguiente:

Cualquier miembro de mi hogar que incumpla intencionalmente una regla del SNAP será excluido del SNAP desde un año hasta de forma permanente y multado por hasta \$250,000, condenado a prisión durante hasta 20 años o ambos. También puede estar sujeto a acciones judiciales conforme a otras leyes federales y estatales aplicables. Además, puede ser excluido del SNAP durante 18 meses adicionales por orden judicial. Cualquier miembro del hogar que infrinja intencionalmente una norma del SNAP puede ser excluido del programa del siguiente modo:

- Durante un período de un (1) año por la primera infracción, con las excepciones descritas a continuación en los puntos 1 a 5.
- Durante un período de dos (2) años por la segunda infracción, con las excepciones descritas a continuación en los puntos 1 a 5.
- De forma permanente en la tercera ocasión de una infracción intencional al programa.

1. Las personas que son halladas culpables por un tribunal federal, estatal o local de haber utilizado o recibido los beneficios del SNAP en una transacción que implicó la venta de armas, municiones o explosivos no serán elegibles de forma permanente para el SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.

2. Las personas que sean halladas culpables de haber realizado una declaración o manifestación fraudulenta en relación con su identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios del SNAP de forma simultánea serán inelegibles para participar en dicho programa durante un período de diez (10) años.

3. Las personas que sean halladas culpables por un tribunal federal, estatal o local de haber utilizado o recibido beneficios en una operación que haya implicado la venta de una sustancia controlada (como se define en el artículo 102 de la Ley de Sustancias Controladas [21 U.S.C. 802]) no serán elegibles para los beneficios durante dos años en la primera infracción

y, de forma permanente, en la segunda infracción.

4. Las personas que son halladas culpables por un tribunal de haber comprado o vendido drogas ilegales o determinados medicamentos recetados a cambio de beneficios del SNAP no podrán participar en el programa durante 24 meses en la primera infracción y de forma permanente en la segunda infracción.

5. Las personas condenadas por un tribunal federal, estatal o local por haber comercializado los beneficios por un monto total de \$500 o más serán inelegibles de forma permanente para recibir los beneficios del SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.

Comercializar, según se define en 7 CFR 271.2, significa lo siguiente:

1) Comprar, vender, robar o realizar otro tipo de intercambio de beneficios del SNAP emitidos y obtenidos mediante tarjetas de EBT, números de tarjetas y números de identificación personal (PIN) o mediante el uso manual del cupón y la firma, por dinero o contraprestación que no sea alimentos elegibles, ya sea directa o indirectamente, en complicidad o conspiración con otros o de forma individual.

2) Intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas por beneficios del SNAP.

3) Comprar con beneficios del SNAP un producto que tenga un envase que requiera un depósito de devolución con la intención de obtener dinero en efectivo desechando el producto y devolviendo el envase por el monto del depósito, o desechar el producto de forma intencional y devolver el envase por el monto del depósito de forma intencional.

4) Comprar un producto con beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o contraprestación que no sea alimentos elegibles vendiendo el producto, y posteriormente, vender el producto comprado con beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sea alimentos elegibles.

5) Comprar intencionalmente productos comprados originalmente con beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o contraprestación que no sea alimentos elegibles.

6) Intentar comprar, vender, robar o realizar otro tipo de intercambio de beneficios del SNAP emitidos y obtenidos mediante tarjetas de EBT, números de tarjetas y números de identificación personal (PIN) o mediante el uso manual de cupones y firmas, por dinero o contraprestación que no sea alimentos elegibles, ya sea directa o indirectamente, en complicidad o conspiración con otros o de forma individual.

NO mienta ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios del SNAP que su hogar no debería obtener.

NO utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos inelegibles, por ejemplo, bebidas alcohólicas o tabaco, o para pagar cuentas de crédito.

NO comercialice ni venda (o intente comercializar o vender) las tarjetas de EBT ni utilice la tarjeta de EBT de otra persona para su hogar.

El DHS puede utilizar o divulgar la información contenida en esta solicitud a los fines de la administración de los programas del DHS, así como para la administración de otros programas de asistencia que funcionan con fondos federales, de acuerdo con las leyes, los contratos y las reglamentaciones estatales y federales.

El DHS puede dar a conocer información no identificable para fines de investigación. Toda divulgación de información identificable se realizará de acuerdo con las leyes estatales y federales.