

Dirección del DSS:

Identificador de persona: _____
Trabajador del Caso: _____
Generado (fecha): _____
Fecha de Respuesta _____

Dirección Postal del DSS:

Nombre del Beneficiario: _____
Dirección: _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
División de Servicios Sociales (DSS)
PROGRAMA SIMPLIFICADO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP) SOLICITUD

¿Como puedo recibir ayuda?

Díganos si necesita asistencia porque usted no habla inglés o porque tiene alguna discapacidad. Hay asistencia gratuita con el lenguaje y/o otras ayudas y servicios cuando lo solicita. Para recibir servicios de interpretación gratuitos llame al 866-719-0141 o llame a su oficina local del Servicio Social al _____. Después de escuchar el mensaje grabado, un operador le proporcionara los servicios de un intérprete. Si tiene alguna discapacidad y necesita asistencia con su comunicación, llame al 866-719-0141 o Servicios Relay: 711.

¿Para que es esta solicitud?

¡Tenemos buenas noticias para usted acerca de sus Servicios de Alimentos y Nutrición! Usted pudiera estar calificado para el Programa SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Simplificado), porque usted recibe SSI (Ingreso Suplementario del Seguro Social) y usted tiene al menos 65 años. Si usted es elegible para SNAP, automáticamente recibirá los beneficios mensuales de Servicios de Alimentos y Nutrición.

¿Como puedo solicitar los beneficios de SNAP?

Para hacer su solicitud, conteste las preguntas que aparecen abajo, firme esta carta y envíela en el sobre adjunto.

- ¿Vive su esposa con usted? Si No
Si respondió sí, ¿Cuál es su nombre? _____ Fecha de nacimiento _____
- ¿Alguien recibe beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición o SNAP en otro estado o condado? Si No
Si respondió SI, ¿Quién? _____ ¿En que condado o estado? _____
- ¿Cuánto paga de renta, hipoteca y/o renta de terreno por mes? _____
- ¿Hay otras personas viviendo con usted? Si No Si sí, ¿Cuántas? _____
¿Compra y cocina usted su comida por separado? Si No
- ¿Es usted responsable de pagar las facturas de los servicios públicos aparte de la renta? Si No
Si respondió sí, marque lo que aplique.
 Calefacción Keroseno Aceite combustible Electricidad Carbón Leña Gas natural Gas LP
 Teléfono/Celular Agua/Drenaje Basura Exceso de servicios públicos (Vivienda pública)
- ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____
- ¿Alguien en su grupo familiar obtiene beneficios del Programa de Distribución de Comida en alguna reservación india? Si No
- ¿Ha ganado usted dinero de la lotería o de juegos de azar? Si No Si respondió SI, ¿cuánto ganó? _____
- ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar (como adulto) ha sido hallado culpable de abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otro abuso infantil, una ofensa federal o estatal determinada por el Fiscal General (Attorney General) o sustancialmente similar a tal ofensa, después de Febrero 7, 2014? Si No Si respondió SI, díganos el nombre de el o ella, fecha, tipo y lugar en que fue hallado convicto:

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA PAGINA

Identificador de persona:

DEBE FIRMAR ABAJO Y COMPLETAR LA INFORMACION ANTES DE ENVIAR LA FORMA

Al firmar esta solicitud, digo que entiendo la información que explica el Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición, mis derechos y mis responsabilidades. Reportare ganancias de lotería o juegos de azar de \$4,500 o más. Entiendo que los miembros del grupo familiar perderán elegibilidad de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Su firma o firma de su Representante Autorizado _____ Fecha _____ teléfono _____

Firma de Testigo (si firmo con X) _____ Fecha _____

Dirección:Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
(Si tiene una dirección postal diferente)
Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Registro de Votante

Si usted no se ha registrado para votar en el lugar donde vive ahora, desearía registrarse ahora (debe ser ciudadano). Sí No

SI USTED NO MARCO NINGUNA CASILLA SE CONSIDERA QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR. Si desea registrarse para votar o actualizar su registro, puede completar la forma de registro en www.ncsbe.gov/nvra/01. Pídale a su trabajador del caso o a su Departamento de Servicios Sociales la forma de registro. **El registrarse o no, no afecta la cantidad de la asistencia proporcionada por esta agencia.** Si necesita ayuda para llenar la forma de registro, podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar esta ayuda es de usted. Usted también puede llenar la forma en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar no, su derecho a privacidad está en decidir si se registra para votar, o su derecho se seleccionar su partido u otras preferencias políticas. Usted puede presentar una queja con la Barra Electoral del Estado de Carolina del Norte, PO Box 27255, Raleigh NC 27611-7255, o puede llamar al 1-866-522-4723 (número gratuito).

¿Qué pasa después de que envió mi solicitud a Servicios Sociales?

Una vez que nosotros recibamos esta solicitud firmada y determinemos que usted es elegible, nosotros le enviaremos una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) e instrucciones para usarla. Usted no recibirá una nueva tarjeta EBT incluso si ya tiene una. Nosotros esperamos que encuentre esta forma de recibir los Servicios de Alimentos y Nutrición fácil.

¿Qué pasa si necesito que alguien solicite o utilice por mí mis beneficios de SNAP?

Si usted desea que otra persona utilice u obtenga información sobre sus beneficios, marque la casilla que aparece abajo. Si marca la casilla Sí, le enviaremos un formulario. Usted y la persona que usted desea ayudar deben llenar el formulario y enviarlo a esta oficina. Esta persona recibirá una tarjeta EBT y tendrá acceso a sus beneficios.

Necesito que alguien me ayude a obtener y aprovechar mis beneficios. Si No

Gracias por presentar su solicitud al Programa Simplificado de Asistencia Nutritiva (Simplified Nutritional Assistance Program, SNAP). Esperamos que esta manera de recibir beneficios sea más conveniente para usted y más útil para comprar comida.

Preferencia de idioma

¿Desea recibir los avisos en un idioma que no sea el inglés? Si No
De ser así ¿qué idioma? _____

Solo para uso de la agencia – No escriba abajo

Aprobado Período de certificación: de _____ a _____
Negado Razón de la Negación: _____
Firma de certificación del trabajador: _____
Fecha de la disposición: _____
Comentarios: _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SIMPLIFICADO (SNAP)

Información del Programa y sus Derechos y Responsabilidades

Conserve esta información para sus Archivos

¿Que es SNAP?

SNAP es una versión simplificada del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición cuyo propósito es proporcionar alimentos a ancianos (older adults) en una forma innovadora. Muchas de las reglas del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición no se aplican. Los Grupos Familiares elegibles no necesitan ser entrevistados, pero pueden ser contactados si la solicitud está incompleta. SNAP es un programa que surgió de una asociación entre la División de Servicios Sociales de Carolina del Norte y el Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

¿Quien es elegible?

El Departamento de Servicios Sociales identifica y envía las solicitudes por correo a personas que reciben SSI, y:

- Tiene 65 años o son mayores;
- No están viviendo en una institución;
- Viven en Carolina del Norte;
- Compran y cocinan su comida separadamente de otras personas en casa; y
- No han sido descalificados del programa regular de Servicios de Alimentos y Nutrición.

¿Que recibiré?

Si usted es elegible para SNAP, automáticamente le depositaremos en su cuenta cada mes \$104, \$145 or \$170 en sus beneficios mensuales de Servicios de Alimentos y Nutrición. La cantidad que recibe depende de su renta mensual o su pago de hipoteca. Le enviaremos una tarjeta plástica llamada EBT, la cual usted podrá usar para comprar alimentos en las tiendas participantes en el estado. Este método de recibir beneficios es llamado EBT (Transferencia Electrónica de Beneficios). Usted puede permitir que otra persona reciba la tarjeta EBT para que la use para comprarle comida a usted. Después de que haga su solicitud, usted recibirá la tarjeta y las instrucciones para usarla si usted es elegible.

Nota: Si su renta o hipoteca \$0, \$0.01-\$199.99, or \$200 o más mensuales, o sus gastos médicos son mas de \$35.00 por mes, usted podría calificar para mas beneficios haciendo la solicitud a través del programa regular de Servicios de Alimentos y Nutrición. Si desea hacer su solicitud del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición, usted o su representante deben ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Sociales.

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

NO ENVÍE SOLICITUDES AQUÍ

1. correo:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

2. fax:

(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o

3. correo electrónico:

FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

NO ENVÍE SOLICITUDES AQUÍ

(Continuación)

Información del Programa Sus Derechos y Responsabilidades

Conserve esta información para sus Archivos

¿Se conservará confidencial mi información?

Las leyes y regulaciones federales y estatales limitan el uso de la información confidencial de los solicitantes o beneficiarios del programa de Servicios de Alimentos y Nutrición. Esta información es usada con propósitos directamente relacionadas con la administración de estos programas.

Se usa su Número de Seguro Social (SSN) para coleccionar información de otras fuentes aparte del DSS para:

- Asegurarnos que su grupo familiar es elegible para recibir beneficios;
- Verificar la identidad de los miembros de su grupo familiar;
- Prevenir que los grupos familiares obtengan mas beneficios de los que deben; y
- Identificar grupos de casos que deben ser cambiados.

Esto se realiza a través de revisiones, auditorias, o verificación computarizada con otras agencias tales como la Administración del Seguro Social, La Oficina de Restas Internas (IRS) y cotejar de la información con otras fuentes.

¿Cuáles son las penalidades por usar indebidamente los beneficios?

- No esconda o de información equivocada con el propósito de obtener beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.
- No use sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición para comprar productos no-alimenticios tales como alcohol o tabaco.
- No use sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición para comprar o vender armas de fuego, municiones, explosivos o drogas ilegales.
- No intercambie o venda sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.
- No use los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición de otras personas para usted.
- No use los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición suyos para otras personas.
- No use los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición para pagar cualquier cuenta de crédito.

Si usted intencionalmente transgrede la reglamentación arriba mencionada, usted podría no recibir mas beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición, comenzando desde un año hasta permanentemente y/o pudiera ser multado por hasta \$250,000 y/o cárcel por hasta 20 años.

El que usted proporcione información incorrecta, también podría reducir sus beneficios, o pudiera requerírsele que reintegre la cantidad de los beneficios recibidos.