

DSS Street Address:

Identificador de Caso: _____
Trabajador: _____
Generado (Fecha): _____
Fecha Limite: _____

DSS Mailing Address:

Nombre del Cliente: _____
Dirección: _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
División de Servicios Sociales
PROGRAMA SIMPLIFICADO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SIMPLIFIED NUTRITIONAL ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)
AVISO DE EXPIRACION

¿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 TTY:711.

¿Por qué estoy recibiendo este aviso?

Este aviso es para dejarle saber que sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición cesaran después del _____ a menos que usted o su representante completen esta solicitud y la regresen al Departamento de Servicios Sociales local el _____ (a más tardar). ATENCIÓN: Puede completar su recertificación en línea en <https://epass.nc.gov/> si tiene un NCID y una cuenta vinculada. Póngase en contacto con su trabajador social para obtener ayuda con la creación de un NCID y la vinculación de su cuenta. Si envía su solicitud completa y califica para el programa SNAP, usted continuara recibiendo sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición mensualmente.

¿Como puedo continuar recibiendo mis beneficios de SNAP?

Responda las preguntas que aparecen a continuación, firme esta carta y envíela en el sobre adjunto. Traiga, envíe por correo (a la dirección que aparece arriba) o envíe por fax al _____ la forma completada. Le dejaremos saber si continúa siendo elegible para los beneficios.

1. ¿Vive su esposa con usted? Sí No
Si respondió sí, ¿Cuál es su nombre? _____ Fecha de nacimiento _____
2. ¿Alguien recibe beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición o SNAP en otro estado?
Sí No Si respondió SI, ¿Quién? _____ ¿En que condado o estado? _____
3. ¿Cuánto paga de renta, hipoteca y/o renta de terreno por mes? _____
4. ¿Hay otras personas viviendo con usted? Sí No Si sí, ¿Cuántas? _____
¿Compra y cocina usted su comida por separado? Sí No
5. ¿Usted paga por servicios públicos en su casa? Si respondió sí, marque lo que aplique.
 Calefacción Keroseno Aceite combustible Electricidad Carbón Teléfono/Celular
 Basura Leña Gas natural Gas licuado de petróleo (Gas LP) Agua/Drenaje Exceso de servicios públicos
6. ¿Alguien en su grupo familiar obtiene beneficios del Programa de Distribución de Comida en alguna reservación india? Sí No
7. ¿Tiene usted dinero ganado en la lotería o en juegos de azar? Sí No Si respondió SI, ¿cuánto gana? _____
8. ¿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? Sí No Si respondió SI, díganos el nombre de el o ella, fecha, tipo y lugar en que fue hallado convicto: _____

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

Al firmar esta solicitud, digo que entiendo la información que la forma agregada que explica el Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición, mis derechos y mis responsabilidades. Reportare cualquier ganancia de lotería o juegos de azar por la cantidad de \$4,500 o más. Estoy consciente de que perderé mi elegibilidad para recibir 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 ayudarlo. 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 recibamos esta solicitud firmada y determinemos que usted es elegible para el Programa SNAP. Los Grupos Familiares elegibles puede ser que no necesiten tener una entrevista, pero es posible que le contactemos si su solicitud esta incompleta. Le enviaremos una carta dejándole saber sus beneficios. La carta le explicara su derecho a solicitar una audiencia si usted no está satisfecho con la decisión. Si usted no esta de acuerdo con la decisión en su caso, siga las instrucciones en la carta para solicitar una audiencia.

¿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. Sí 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? **Sí No**
De ser así ¿qué idioma? _____

Solo para uso de la agencia – No escriba abajo

Aprobado Periodo de Certificación: de _____ a _____
Negado Razón de negacion: _____
Firma del trabajador del caso: _____
Fecha de Ejecución: _____
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 **\$166 o \$206** 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 es mas de \$150 mensuales, o sus gastos médicos son mas de \$35 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.

USTED NO SERA DISCRIMINADO

De acuerdo a las leyes civiles federales, a las regulaciones y reglamentos de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), las agencias, oficinas, empleados y otras instituciones que participan o administran programas del USDA, tienen prohibido discriminar sobre las bases de raza, color, nación de origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalia o represalias por actividades anteriores de derechos civiles

Las personas con discapacidades que requieren de formas alternativas de comunicación (ej. Braille, letras grandes, audio cintas, lenguaje de señales, etc.) para tener información sobre el programa, deben de contactar a la agencia estatal o local correspondiente. Las personas sordas, con problemas de audición, o con problemas del habla, pueden contactar a la USDA a través del Servicio Federal Relay, llamando al (800) 877-8339. También se puede proporcionar información en otros lenguajes además del inglés.

Si desea presentar una queja por discriminación, complete la Forma AD-3027 del USDA (Departamento de Agricultura) que puede encontrar en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf> o en cualquier oficina del U.S. Departamento de Agricultura, o llamado al (833) 620-1071 para solicitar la forma. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Asistente Secretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. También puede escribir una carta con toda la información necesaria y envíela a:

NO ENVÍE POR CORREO O ENVÍE EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN AQUÍ

1. **mail:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; or
2. **fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta es una Institución de Igual Oportunidad

NO ENVÍE POR CORREO O ENVÍE EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN 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 mis 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.