

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) 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 \_\_\_\_\_. After the recorded message, you will reach an operator who can provide you with an interpreter. If you have a. 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.

**¿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 mas 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. Le dejaremos saber si continúa siendo elegible para los beneficios.

- ¿Vive su esposa con usted? Si  No   
Si respondió sí, ¿Cuál es su nombre? \_\_\_\_\_ y fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_
- ¿Alguien obtiene beneficios de Nutrición, estampillas de comida o SNAP en otro condado o estado? Si  No   
Si respondió SI, ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿En que condado o estado? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto paga de renta, hipoteca y/o renta de terreno por mes? \_\_\_\_\_ Si  No
- ¿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)
- ¿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 Caso: \_\_\_\_\_

**\*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](http://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 envío mi solicitud a Servicios Sociales?**

Una vez que recibamos esta solicitud firmada y determinemos que usted es elegible para el Programa SNAP. 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.

**¿Qué pasa si necesito que alguien solicite o utilice por mi 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 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 es mas de \$0, \$0.01-\$199.99, or \$200 o más 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.

#### **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 POR CORREO O ENVÍE EL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN AQUÍ**

1. **correo:**

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. **correo electrónico:**

[FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor 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 conservara 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:

- Aseguramos 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.