



Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur

**SOLICITUD
para el
TANF/PROGRAMA DE INDEPENDENCIA FAMILIAR (FI)
PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)
PROGRAMA DE ASISTENCIA CON DINERO EN
EFECTIVO PARA REFUGIADOS (RCA)**

¿Necesita ayuda para llenar esta solicitud debido a una discapacidad? ¿Necesita un intérprete?
¿Necesita materiales traducidos? Si así es, por favor pida ayuda en su oficina local del DSS. Para
obtener la dirección o el número telefónico de su oficina local, llame gratis al 1-800-616-1309 o visite
el sitio de internet **www.dss.sc.gov**.

Número de Seguro Social – Ciudadanía – Estatus Migratorio

Solicitantes del Programa de Independencia Familiar (FI) y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP):

- Debe proporcionar o solicitar un número de Seguro Social y ciudadanía/estatus migratorio para **todos** los familiares para quien desea solicitar beneficios en efectivo o beneficios de SNAP. El estatus migratorio puede estar sujeto a verificación por parte del Servicio de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés). El número de seguro social no es necesario para presentar una solicitud para el Programa de Asistencia con Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA por sus siglas en inglés), la persona refugiada puede proporcionar una copia del SS-5 hasta que reciba la tarjeta.
- No se brindarán beneficios a personas que no proporcionen o muestren prueba de la solicitud de su número de seguro social e información de ciudadanía/estatus migratorio.
- El número de seguro social no es necesario para personas que no solicitan beneficios o que no llenan los requisitos para recibir SNAP o beneficios en efectivo. Sin embargo se debe proporcionar el comprobante de ingreso de todos los miembros del grupo de beneficiarios de SNAP o FI.
- Si necesitamos información sobre una persona de quien usted no proporcionó información, un trabajador del DSS se pondrá en contacto con usted para hablar sobre los requisitos.
- El DSS no comparte con el Departamento de Seguridad Nacional (US Department of Homeland Security) los números de seguro social (SSN por sus siglas en inglés) ni el estado de ciudadanía/inmigración de personas que no estén solicitando ni de los que son inelegibles para beneficios.
- El DSS utilizará los números de Seguro Social en el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad y de verificaciones computarizadas y revisiones programáticas. En el caso de que se encuentren discrepancias, puede que esta información se verifique a través de otras fuentes y además es posible que afecte a la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios.

Esta institución tiene prohibido la discriminación en base a raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión y convicciones políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación con el USDA, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

Para cualquier otra información que se trata de asuntos relacionados con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés), las personas se deben comunicar con la línea de ayuda del USDA SNAP al (800) 221-5689, también disponible en español, o llamar a los números de Información Estatal/Línea de Ayuda (haga clic en el enlace para una lista de números de líneas de ayuda por estado); se encuentra en el internet en www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que reciba asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TDD).

El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

Usted también puede presentar una queja de discriminación comunicándose con el DSS. Escriba a: DSS Office of Civil Rights, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520; o llame al (800) 311-7220 o al (803) 898-8080 o TDD: (800) 311-7219.

ALGUNOS TÉRMINOS DE USO COMÚN EN LA SOLICITUD

Este formulario de solicitud puede usarse para solicitar beneficios bajo los siguientes programas:

Independencia Familiar (FI)

Este es el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas de Carolina del Sur (TANF por sus siglas en inglés). Este programa puede pagarles un beneficio en efectivo cada mes a familias con niños dependientes. Dicho beneficio puede ayudarle a entrenarse para un trabajo y buscar un empleo y pagar los gastos de cuidado infantil y de transporte.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Este programa le ayudará a comprar comida para su familia.

Asistencia con Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA)

Este programa les brinda asistencia con dinero en efectivo a refugiados adultos sin niños dependientes.

¿Qué significan las palabras que se usan en la solicitud?

Esta tabla explica las palabras que se usan en la solicitud:

Grupo de Beneficiarios (BG)	El grupo de individuos cuyos ingresos, recursos y/o necesidades afectan la elegibilidad y la cantidad de los beneficios en un caso de FI. Los miembros del grupo de beneficiarios incluyen a personas sancionadas o descalificadas, así como a cualquier niño que naciera más de diez meses después de que la familia hubiera solicitado beneficios (Family Cap Children).
Cuidador	Un padre, una madre o un familiar que solicite FI para los niños bajo su cuidado.
Descalificación/Sanción	Las medidas que se toman para retirar a alguien de un caso de SNAP o FI por no satisfacer o no cumplir con algún requisito del programa.
Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)	El sistema que se usa en Carolina del Sur para pagar beneficios a las personas que cumplan con los requisitos para recibir beneficios de SNAP. A las personas que reciben asistencia se les expide una tarjeta de débito EBT, la cual se usa para acceder a la cuenta de SNAP.
ePAY	Un método de pago para los beneficiarios de FI que cumplen con los requisitos. Los beneficios de FI se depositan electrónicamente en una cuenta de débito. A los beneficiarios se les expide una tarjeta ePay para que puedan acceder a sus beneficios.
Los Miembros del Hogar	Las personas que viven en su casa.
Ingresos	Pagos tales como: sueldo, salario, comisiones, bonificaciones, indemnización por accidentes laborales, beneficios por discapacidad, pensión, aportes jubilatorios, pagos de intereses, manutención infantil, o cualquier otra forma de dinero que se reciba.
Recursos	Dinero en efectivo, bienes inmuebles o activos tales como: cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos y seguro de vida.
Trabajadores Agrícolas Migrantes	Personas que son trabajadores agrícolas de temporada, quienes se mudan de un lugar a otro para trabajar o buscar un trabajo agrícola.
Trabajadores Agrícolas de Temporada	Personas que trabajan durante ciertas temporadas del año sembrando, recogiendo o empaquetando frutas y verduras. Se les contrata temporalmente cuando un trabajo requiere más trabajadores de los que la granja emplea habitualmente.
Traficar	Vender o canjear los beneficios de SNAP para obtener ganancias.
Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés)	Una agencia bajo el Departamento de Seguridad Nacional, antes conocida como el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).

**Programas de Independencia Familiar (FI) y Asistencia con Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA)
Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP)
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

Confidencialidad

- La información que usted le dé al DSS se mantendrá confidencial.
- Excepciones:**
1. Se puede revelar información a otras agencias federales y estatales para una inspección oficial y también a oficiales de las autoridades policiales con el propósito de detener a prófugos delincuentes o a personas que no hayan cumplido con las condiciones de libertad condicional.
 2. Usted acepta que cualquier información confidencial sobre usted y/o su familia puede ser divulgada a otras organizaciones si está directamente relacionada con el funcionamiento de los programas de FI, RCA, y SNAP.

Números de Seguro Social

Para recibir beneficios de los programas FI, SNAP y otros programas:

- Se debe proporcionar o solicitar un número de seguro social (SSN por sus siglas en inglés) para las personas que quieran recibir beneficios de FI y/o SNAP. Aunque no se necesita el número de seguro social de personas que no soliciten beneficios o quienes no cumplan con los requisitos de FI o SNAP, se debe incluir información sobre los ingresos de todos los miembros del hogar/grupo de beneficiarios.
- Si el DSS necesita el número de seguro social de una persona de quien usted no proporcionó información, un trabajador del DSS se pondrá en contacto con usted para explicarle las razones por las cuales se pide el número y qué pasará si no se proporciona dicho número.
- Los números de seguro social se usarán en programas de verificación por computadora y en otras revisiones. Usted no puede recibir beneficios de SNAP para las personas que usted no proporcionó un número de seguro social.
- Si no tiene el número de seguro social de algún solicitante, esto no retrasará la solicitud, siempre que él/ella solicite el número inmediatamente. El DSS le ayudará a solicitar el número de seguro social.
- El DSS no entregará ni divulgará al Departamento de Seguridad Nacional los números de seguro social de personas que no estén solicitando beneficios o quienes no llenen los requisitos para recibir beneficios.

Ciudadanía y Estatus Migratorio

- Se debe proporcionar información de ciudadanía y estatus migratorio para las personas que quieren obtener beneficios de FI, RCA y/o SNAP.
- El DSS no divulgará al Departamento de Seguridad Nacional la ciudadanía ni el estatus migratorio de las personas que no estén solicitando beneficios o quienes no llenen los requisitos para recibir beneficios. Sin embargo, información proporcionada por solicitantes miembros del hogar puede ser entregada a Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EEUU (USCIS) para verificación del estatus migratorio. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios del hogar.

Cesión de Manutención Infantil

- Se debe ceder al DSS cualquier pago de manutención infantil que se esté recibiendo o que se pueda recibir en el futuro para un niño que llene los requisitos para recibir beneficios de FI.
- El DSS puede tomar medidas para cobrar manutención infantil a los abuelos paternos y maternos si los padres del niño son menores de 18 años de edad y reciben beneficios de FI.

Establecimiento de la Paternidad

- Para obtener beneficios del programa de FI, es necesario cooperar con la División de Servicios de Manutención Infantil Integrada (ICSSD por sus siglas en inglés) para establecer la paternidad y obtener manutención infantil para sus hijos.
- Si hay buen motivo para creer que la cooperación puede causarle daño a usted o a su(s) hijo(s), pídale información a su trabajador de su caso sobre cómo establecer "causa suficiente" para no cooperar.

Cambios en la Cantidad de los Beneficios

- Si recibe manutención infantil a través del ICSSD, sus beneficios de SNAP podrían cambiar de mes a mes debido a cambios en la cantidad de manutención infantil que reciba.

Programas de Capacitación/Trabajo

- Para recibir beneficios de FI o RCA, se debe participar en un programa de trabajo o de capacitación, a menos que se esté exento del requisito de trabajo.

Verificación

- Es posible que un trabajador del DSS tenga que ponerse en contacto con otras personas u organizaciones (vecinos, bancos, empleadores, etc.) para verificar sus ingresos, sus cuentas de banco, su estatus migratorio, sus gastos médicos/de alojamiento, sus beneficios de seguro/jubilación, su historial médico y cualquier otro dato que tenga que ver con su elegibilidad para recibir beneficios de FI, RCA o SNAP.
- Para el programa SNAP, el no reportar o el no verificar los gastos deducibles se considerará una declaración de que su hogar no quiere recibir una deducción por el gasto no reportado.

Límites de Tiempo

- Los beneficios de FI pueden tener límite de tiempo. La asistencia con dinero en efectivo para refugiados se limita a un plazo de 8 meses a partir de la llegada a los Estados Unidos. Los beneficios de SNAP no tienen límite de tiempo y el recibir beneficios de SNAP no tiene ningún efecto en los límites de tiempo de los otros programas.

Fraude

- **La información que da al DSS puede ser verificada por oficiales federales, estatales o locales para determinar si la información es correcta.**
- **Si se descubre que la información proporcionada al DSS para los programas de FI o SNAP es incorrecta, es posible que el caso sea desestimado o cerrado.**
- **Bajo las leyes federales y estatales, se puede estar sujeto a procesamiento por dar información incorrecta.**

Devolución de Beneficios

- Se puede exigir la devolución de beneficios de FI (incluyendo cuidado infantil y transporte), RCA y SNAP que no se debieron haber recibido, incluso si se recibieron sin causa imputable al beneficiario.
- El DSS puede aplicar cualquier beneficio retirado de una cuenta EBT inactiva para reembolsar una reclamación pendiente de SNAP.
- El DSS busca el pago de reclamaciones de cualquier reembolso de impuestos federales y/o estatales que se le deba. La información proporcionada al DSS, incluyendo los números de seguro social, puede ser remitida a agencias federales/ estatales para el cobro de reclamaciones.

Audiencia Justa e Imparcial

- Si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre el caso de SNAP, FI o RCA se puede solicitar una Audiencia Imparcial verbalmente o por escrito, poniéndose en contacto con la oficina del DSS de su condado o con SCDSS, Division of Individual and Provider Rights, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520, 1-800-311-7220 para FI y SNAP.
- **Puede hablar por sí mismo en la audiencia. Además puede llevar a un amigo, familiar o abogado para hablar por usted.**
- Para solicitar una continuación de sus beneficios de FI, RCA o SNAP mientras espera la audiencia, la solicitud se debe presentar dentro de un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se reciba el aviso de reducción o terminación de beneficios.
- Si la decisión de la audiencia no está a su favor, los beneficios deberán ser reembolsados.
- Después de haber recibido un aviso de reducción o terminación de beneficios El plazo máximo para solicitar una audiencia es de 60 días para FI y RCA y 90 días para SNAP.

Instrucciones para Llenar la Solicitud

Su solicitud es considerada válida siempre y cuando tenga el nombre, la dirección y la firma de un miembro responsable del hogar o del representante autorizado del hogar. Los beneficios se proporcionan en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la agencia recibe la solicitud. Si usted está solicitando beneficio de SNAP, su elegibilidad va a ser determinada por separado de cualquier otro programa y no será denegada solamente porque los beneficios de otros programas hayan sido denegados. La agencia procesará todas las solicitudes de SNAP de acuerdo con la puntualidad, el aviso y requisitos para audiencias imparciales de SNAP, aunque esté solicitando otros programas.

Si soy un residente de una institución y estoy solicitando conjuntamente para SSI y asistencia de alimentos antes de salir de la institución, la fecha de presentación de la solicitud es mi último día en la institución. El tiempo de procesamiento comenzará a partir de la fecha en que el Departamento de Servicios Sociales reciba la solicitud.

- Por favor llene todos los espacios que pueda. Si necesita ayuda o si no entiende una pregunta, un trabajador del DSS puede ayudarle.
- Asegúrese de:
 - ▶ Escribir su nombre con letra de molde
 - ▶ Escribir la fecha de hoy con letra de molde
 - ▶ Firmar la solicitud
- Por favor arranque las páginas 1 a 6 y guárdelas. Devuelva las páginas 7 a 10 de esta solicitud al DSS. En cuanto su la agencia reciba su solicitud, se le dará un número de teléfono a llamar para una entrevista a más tardar 10 días después de la fecha en que su solicitud fue recibida. Si así lo desea, puede solicitar una entrevista en persona con un trabajador en el condado donde usted vive. Se le permite llevar a otra persona a la entrevista para que le ayude. Si se necesita un intérprete, el DSS lo proporcionará sin costo alguno para usted. Cuando sea entrevistado, puede ayudarle a su trabajador del DSS a llenar la solicitud más rápidamente si ya ha proporcionado los siguientes documentos:
 - ▶ Talones de cheque de las últimas cuatro (4) semanas de trabajo, si está trabajando actualmente, o la declaración de impuestos más reciente, si trabaja por su propia cuenta
 - ▶ (Sólo para FI) Las actas de nacimiento u otros documentos que comprueben el parentesco de todos los niños para los cuales se solicitan beneficios
 - ▶ Números de Seguro Social de cada miembro de la familia que solicite beneficios – niños y adultos
 - ▶ Identificación (por ejemplo, una licencia de conducir o una tarjeta de identificación estatal u otra forma aceptable de identificación)
 - ▶ Recibos de pagos de renta o hipoteca y facturas de los servicios públicos
 - ▶ Estados de cuentas bancarias
- Envíe esta solicitud al Departamento de Servicios Sociales (DSS) por correo, fax o correo electrónico o llévela en persona.
- Para obtener la dirección de su oficina local del DSS, llame al 1-800-616-1309 (número gratuito) o búsquela en internet en www.dss.sc.gov.

Avisos y Sanciones – SNAP

- **SE PROHIBE el uso de los beneficios de SNAP para la compra de productos no permitidos tales como bebidas alcohólicas o tabaco.**
- **SE PROHIBE el uso de la tarjeta EBT para pagar comida cargada a una cuenta de crédito.**
- **A los infractores de las reglas mencionadas anteriormente se les podría prohibir obtener beneficios de SNAP por un periodo de tiempo que va desde 1 año hasta permanentemente y se les podría imponer una multa de hasta \$250,000 o un periodo de encarcelamiento de hasta 20 años o ambas sanciones. Además un tribunal podría agregar una restricción de 18 meses durante los cuales al individuo se le impide participar en el programa de SNAP.**
- **SE PROHIBE el uso de los beneficios de SNAP para el comercio de armas de fuego, municiones o explosivos. El hacerlo podría resultar en la prohibición de obtener beneficios de SNAP en el futuro.**
- **SE PROHIBE el uso de los beneficios de SNAP para el comercio de drogas ilegales. El hacerlo podría resultar en la prohibición de obtener beneficios de SNAP durante un plazo de 24 meses por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.**
- **SE PROHIBE el cambio, la venta o compartir las tarjetas EBT o los beneficios de SNAP. Si un tribunal de justicias le encuentra culpable de vender beneficios de \$500 o más, usted será permanentemente inhabilitado para participar en el programa por la primera ofensa.**
- **SE PROHIBE recibir beneficios de SNAP durante el mismo mes en más de un estado. A cualquier persona hallada culpable de presentar una declaración o representación de identidad o residencia fraudulenta se le prohibirá obtener beneficios de SNAP durante un plazo de 10 años.**
- **Cualquier miembro de su hogar que intencionalmente rompa las reglas no podrá recibir SNAP durante 12 por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa.**

TANF/Programa de Independencia Familiar (FI)

No se debe usar la tarjeta ePAY en ninguna transacción electrónica:

- en ninguna licorería;
- casino, casino de apuestas o establecimiento de juegos; ni
- establecimiento comercial de entretenimiento para adultos en el cual los que dan espectáculos se desvisten o están al desnudo para fines de entretenimiento.

Programa de Asistencia con Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA)

La asistencia con dinero en efectivo para refugiados está limitada a ocho (8) meses a partir de la fecha de la llegada a los Estados Unidos. La cantidad del beneficio es la misma que la del beneficio de FI. Los beneficios de RCA están disponibles únicamente para los refugiados adultos sin dependientes menores de edad. La solicitud para el programa RCA se llenará en la oficina local del DSS aunque el pago se enviará desde la oficina en Columbia, Carolina del Sur.

Reportar Cambios

- **Usted debe reportar al DSS ciertos cambios en sus circunstancias.**
- **Se considera que el no reportar cambios es una forma de ocultar información y esto le permitirá al DSS recuperar cualquier beneficio que se le haya pagado por error.**
- **Para reportar cambios entre recertificaciones/revisiones, puede hacerlo por escrito, por teléfono, electrónicamente o utilizando el Formulario para Reportar Cambios (Change Report Form).**

SNAP

Para los grupos de beneficiarios que deben completar una recertificación por correo, sólo es necesario reportar los cambios al momento de la recertificación (por correo o en persona), a menos que sus ingresos totales sobrepasen 130% del nivel de pobreza. Se debe reportar este cambio antes del décimo día del mes siguiente al mes en que el cambio ocurrió.

Programa de Independencia Familiar (FI) y Asistencia con Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA)

Reporte los siguientes cambios dentro de un plazo de **10 días**:

- Un cambio de ingresos, horas de trabajo, tasa de pago o una nueva fuente de ingresos, un cambio de dirección o residencia o de personas que se instalen en su casa o que se muden fuera de su casa.

Reporte este cambio dentro de **5 días**:

- Cualquier miembro del hogar que esté viviendo temporalmente fuera del hogar y que haya decidido no volver a vivir en el hogar.

MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA A CADA PROGRAMA AL QUE QUIERA SOLICITAR:

Independencia Familiar (FI) Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Programa de Efectivo para Refugiados (RCA)

PARA USO DEL DSS ÚNICAMENTE: <input type="checkbox"/> New Application <input type="checkbox"/> Reapplication <input type="checkbox"/> Cure Sanction <input type="checkbox"/> Family Independence Redetermination		PARA USO DEL DSS ÚNICAMENTE: Date Filed: _____ Expedited Screener: _____	
CHIP Case No.:	Worker's Name:	Interview Date:	Expedited? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Esta información, incluyendo el número de seguro social (SNN) de cada miembro del hogar, está autorizada bajo la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Esta información también se usará para vigilar el cumplimiento de las reglas de los programas y para fines de la gestión programática. El proporcionar la información solicitada, incluyendo el número de seguro social de cada miembro del hogar, es voluntario. No obstante, no proporcionar el número de seguro social resultará en la denegación de beneficios de SNAP a cada persona que no dé su número de seguro social. Todos los números de seguro social proporcionados se utilizarán y divulgarán de la misma manera como los números de seguro social de los miembros elegibles.

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE CON CLARIDAD

¿Necesita un intérprete? Sí No Si respondió sí, ¿cuál es su idioma principal? _____

¿Necesita material traducido? Sí No

¿Tiene usted deficiencias auditivas? Sí No Si respondió sí, y necesita asistencia al comunicarse con nosotros, por favor marque todos que aplican: TTY/Teléfono de Texto/Video Intérprete de Lenguaje de Señas

Otro: _____

Tiene el derecho a nombrar a alguien que no viva en su hogar para que represente a su hogar, llene la solicitud y sea entrevistado. Dicha persona debería conocer lo suficientemente bien la situación de su familia para proporcionar cualquier información que sea necesaria para determinar si cumple con los requisitos del programa. Sin embargo, usted sigue siendo responsable de la información que su representante autorizado proporcione, incluyendo cualquier información que no sea correcta.

¿Le gustaría que alguien que no viva en su hogar llene esta solicitud por usted o que dicha persona sea entrevistado por usted como su representante autorizado? Sí No

Si respondió sí, escriba la información y firme a continuación:

Nombre del Representante para ayudarlo con la solicitud y entrevista: _____ Teléfono: _____

Tiene el derecho a nombrar a una segunda persona o usar la misma persona para que le ayude a utilizar los beneficios en sus tarjetas de EBT o ePAY en nombre de usted.

Nombre del Segundo Representante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Firma del Solicitante/Cliente: _____

Firma de dos testigos, si se ha firmado con "X": (1) _____ (2) _____

Servicio Acelerado

Podría recibir beneficios de SNAP dentro de 7 días naturales si: su hogar para propósitos de SNAP tiene ingresos brutos mensuales inferiores a \$150 y sus recursos líquidos tales como dinero en efectivo, cuentas bancarias corrientes y de ahorros equivalen o están por debajo de \$100; su renta o hipoteca y servicios públicos son mayor que la combinación del ingreso mensual del hogar y los recursos líquidos; o si un miembro del hogar es un trabajador agrícola migrante o de temporada que se considera indigente.

No responder las preguntas de esta solicitud puede tener como resultado que no podamos hacer una determinación respecto a su elegibilidad para recibir un servicio acelerado.

Sección 1: Cuéntenos de Usted

Apellidos:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Suffix:	
Dirección de su Domicilio:			Número del Apartamento o Lote:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:	
Dirección Postal: (En caso de ser diferente)			Número del Apartamento o Lote:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:	
Número de Teléfono de Casa:	Número Celular:	Otro número que nos podamos comunicar con usted:	¿Si necesitamos contactarle, cuál es la mejor hora para llamarle?:	

¿Vive usted en un centro de tratamiento de drogas y alcohol o un centro de rehabilitación (DAA)? Sí No
 Si respondió sí, Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

¿Vive usted en un hogar de grupo para personas ciegas o con discapacidad? (GLA)? Sí No
 Si respondió sí, Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Por favor, lea y firme esta declaración/solicitud.

Yo declaro que la información provista arriba por mí o por mi representante autorizado es verdadera según mi leal entender y saber. Autorizo al Departamento de Servicios Sociales a ponerse en contacto con las personas necesarias para verificar mis declaraciones. Sé que puedo ser penalizado por dar a sabiendas información falsa. Declaro que recibí del trabajador de caso la hoja *Sus Derechos y Responsabilidades*, la que está incluido en este paquete.

Firma del Solicitante o Representante Autorizado: _____ **Fecha:** _____

Firma de dos testigos, si se ha firmado con "X": (1) _____ (2) _____

Sección 2: Cuéntenos de los Miembros de su Hogar

Incluya a todos los miembros de su hogar. Conteste todas las preguntas para cada miembro del hogar.

Puede que sea necesario verificar la información sobre todos los miembros del hogar. Sólo necesita proporcionar el número de seguro social o la fecha de SS-5 y la ciudadanía/estatus migratorio de las personas para quienes solicita beneficios. El número de seguro social y la ciudadanía/estatus migratorio son voluntarios para las personas de su hogar que no solicitan beneficios y las personas de su hogar que no cumplen con los requisitos.

Nombre (Nombre, 2do. Nombre, Apellidos) Liste los Nombres como Aparecen en la Tarjeta de Seguro Social de Cada Persona.	Relación que Tiene con la Persona Nominada en Línea #1	Fecha de Nacimiento	Edad	Género M/F	¿Hay Alguien Que sea Hispano ?	* Código de Raza (Elija uno o más)	Número de Seguro Social o Fecha de SS-5	Ciego o discapacitado	Ciudadano de los Estados Unidos	En la Escuela	Trabajando
1.	(Usted mismo)				Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
2.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
3.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
4.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
5.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
6.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
7.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

(La recolección de información étnica y racial del solicitante no es obligatoria; sin embargo, es importante para determinar el cumplimiento del Estado con las leyes Federales de derechos civiles) * Raza: N - Negro o Afro-Americano; B - Blanco; AS - Asiático; AI - Indio Americano/Nativo de Alaska; NH - Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico

Solamente para Independencia Familiar: ¿Es alguno de los adolescentes (hombre o mujer) mencionados anteriormente padre/madre? Sí No Si respondió sí, ¿quién?: _____
 ¿Alguna de las personas mencionada anteriormente está embarazada? Sí No
 Si respondió sí, ¿quién?: _____ Fecha en que se espera el nacimiento: _____

Indique otras personas que viven en la misma casa con usted pero a quienes no desea incluir en su hogar de SNAP porque no compran y preparan comida con usted o aquellas personas que no son ciudadanos de los Estados Unidos que no quieren que la agencia contacte con los Servicios de Inmigración para verificar su estatus migratorio. (Use una hoja adicional para agregar a otras personas, si no hay suficiente espacio aquí para incluirlas a todas.)

Nombre	Edad	Parentesco con Usted	¿Esta persona le da dinero a usted o a otra persona mencionada arriba?		¿Paga esta persona alguna porción de los gastos del hogar?	
			Sí/No	Si la Respuesta es sí, la Razón	Sí/No	Si la Respuesta es sí, ¿Cuáles gastos?
			Sí No		Sí No	
			Sí No		Sí No	
			Sí No		Sí No	

¿Es usted o alguna de las personas que vive con usted un fugitivo convicto o violador de la libertad condicional?

Sí No Si respondió sí, nombre(s): _____

¿Han encontrado a usted o a alguna de las personas que vive con usted culpable de cometer una de las siguientes ofensas después de agosto 22, 1996:

• ¿Un delito relacionado a las drogas? Sí No

Si respondió sí, nombre(s): _____

• ¿Recibir TANF (beneficios en efectivo) o beneficios de SNAP de dos o más estados a la misma vez? Sí No

Si respondió sí, nombre(s): _____

• ¿Cambiar beneficios de SNAP por drogas? Sí No

Si respondió sí, nombre(s): _____

• ¿Comprar o vender beneficios de SNAP de más de \$500? Sí No

Si respondió sí, nombre(s): _____

• ¿Cambiar beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos? Sí No

Si respondió sí, nombre(s): _____

¿Usted u otra persona para la cual está solicitando beneficios ha recibido beneficios de FI/TANF anteriormente? Sí No

Si respondió sí, ¿en cuál estado recibió los beneficios? _____

¿Tiene usted una tarjeta ePAY de Carolina del Sur? Sí No

¿Usted o su hogar han recibido beneficios de SNAP (antes conocido como cupones de alimentos) anteriormente? Sí No

Si respondió sí, ¿en cuál estado recibió los beneficios? _____

¿Tiene una tarjeta EBT de Carolina del Sur? Sí No

Section 3: Sólo para Independencia Familiar

Información Sobre Padres/Madres Ausentes: Proporcione la siguiente información sobre cada niño incluido en la Sección 2 del cual la madre y/o padre no viva en el hogar. Puede que se solicite más información durante la entrevista.

Nombre, Última Dirección Conocida y Teléfono del Padre/Madre Ausente		Fecha de Nacimiento	Seguro Social
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		
¿Es esta persona padre/madre legal del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de Empleador	Dirección de Empleador	Teléfono de Empleador
Niño(s)		Niño(s)	
Nombre, Última Dirección Conocida y Teléfono del Padre/Madre Ausente		Fecha de Nacimiento	Seguro Social
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		
¿Es esta persona padre/madre legal del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de Empleador	Dirección de Empleador	Teléfono de Empleador
Niño(s)		Niño(s)	
Nombre, Última Dirección Conocida y Teléfono del Padre/Madre Ausente		Fecha de Nacimiento	Seguro Social
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		
¿Es esta persona padre/madre legal del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de Empleador	Dirección de Empleador	Teléfono de Empleador
Niño(s)		Niño(s)	
Nombre, Última Dirección Conocida y Teléfono del Padre/Madre Ausente		Fecha de Nacimiento	Seguro Social
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		
¿Es esta persona padre/madre legal del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de Empleador	Dirección de Empleador	Teléfono de Empleador
Niño(s)		Niño(s)	

Bajo pena de perjurio, por la presente doy fe de que la información antes provista es cierta y correcta a mi mejor saber y entender y se da con la finalidad de recibir servicios bajo el Título IV-D de la Ley de Seguro Social. Al firmar esta Solicitud 3800 del DSS, entiendo que estas afirmaciones son ciertas y que se usarán en trámites legales contra el/la padre/madre ausente.

Sección 4: Cuéntenos de los Recursos de su Hogar

¿Cuánto dinero tiene el hogar en efectivo \$ _____, cuenta corriente \$ _____, y/o cuentas de ahorros \$ _____?

Para FI, por favor proporcione el extracto de cuenta más reciente.

¿Alguien es propietario de algún carro, camioneta, u otros activos o terreno/edificios aparte de donde usted vive?

Sí No Si respondió sí FI, por favor proporcione comprobante.

Sección 5: Cuéntenos de los Ingresos de su Hogar

¿Usted o alguien en el hogar trabaja? Sí No

Si respondió sí, ¿quién trabaja? _____

Anote el sueldo **BRUTO**, no la cantidad neta.

Nombre del Trabajador:		Nombre del Trabajador:	
Nombre y Dirección del Empleador:		Nombre y Dirección del Empleador:	
Número de Teléfono del Empleador:	Número de Fax del Empleador:	Número de Teléfono del Empleador:	Número de Fax del Empleador:
Cantidad del Sueldo Antes de Impuestos de Cada Periodo de Pago: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual Horas Trabajadas Cada Semana: _____		Cantidad del Sueldo Antes de Impuestos de Cada Periodo de Pago: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual Horas Trabajadas Cada Semana: _____	

¿Usted o alguna de las personas que vive con usted recibe dinero de alguna otra fuente(s)? Sí No

Si respondió, complete la sección a continuación.

Otros Ingresos	Cantidad	¿Cada Cuánto Recibe este Ingreso?	¿Qué Miembro de la Familia Recibe este Ingresos?
Manutención Infantil	\$		
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$		
Pago del Seguro Social	\$		
Beneficios de Desempleo	\$		
Beneficios de Veteranos	\$		
Jubilación/Pensiones	\$		
Otros (Explique)	\$		

¿Cuál es la cantidad **total** de ingresos que usted y su hogar ya han recibido o esperan recibir este mes?

\$ _____

¿Hay alguien del hogar que sea un trabajador agrícola migratorio o temporal? Sí No (Si respondió sí, responda las siguientes preguntas)

• ¿Recientemente su hogar ha dejado de recibir toda forma de ingreso? Sí No

Si respondió sí ¿Cuándo recibió su último pago? _____ ¿Cuál fue la cantidad total? \$ _____

• ¿Hay alguien del hogar que espere recibir ingresos de una fuente nueva este mes? Sí No

Si respondió sí ¿cuánto dinero? \$ _____ ¿Espera recibir este dinero dentro de un plazo de 10 días? Sí No

Sección 6: Cuéntenos de los Gastos de su Hogar

Renta/Hipoteca: \$ _____ Renta del Lote: \$ _____ Impuestos del Hogar: \$ _____ Seguros del Hogar: \$ _____

¿Usted paga para calentar o enfriar su hogar? Sí No

Si respondió sí, ¿cómo calienta o enfría su hogar? _____

¿Su hogar recibe asistencia del Programa de Asistencia con los Pagos de Energía LIHEAP por sus siglas en inglés? Sí No

Si respondió NO a ambas preguntas arriba, ¿cuál es la cantidad mensual de sus gastos de servicios públicos, aparte del teléfono? _____

¿Usted le paga a alguien para que cuide a su(s) niño(s)? Sí No

¿Usted le paga a alguien para que cuide a un adulto dependiente? Sí No

¿Hay alguien en su hogar que pague manutención infantil? Sí No

Si respondió sí, ¿cuánto paga? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Es ordenado por el tribunal? Sí No

Si alguien en el hogar es mayor de 60 años o tiene una discapacidad, ¿dicha persona gastos médicos por encima de \$35.00 cada mes que tengan que pagar de su bolsillo? Sí No