

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur  
**DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN  
EL PROYECTO DE SOLICITUD COMBINADA DE CAROLINA DEL SUR (SCCAP)**

**AL FIRMAR MI NOMBRE A CONTINUACIÓN, YO AFIRMO QUE:**

- Se me ha informado sobre el proyecto SCCAP;
- Yo he recibido un folleto con información sobre el proyecto, DSS Folleto 3352; y
- Yo he leído mis derechos y responsabilidades con respecto al proyecto SCCAP o alguien me los ha explicado, y yo entiendo dichos derechos y responsabilidades.
- Yo entiendo que siendo recipiente de SSI, para recibir beneficios del programa de asistencia nutricional complementaria (SNAP por sus siglas en inglés) sólo para mí, que tengo que participar en el programa SCCAP, a menos de tener gastos de vivienda/servicios o gastos médicos por cuenta propia que superan el promedio establecido por SCCAP.

**TAMBIÉN AFIRMO QUE:**

- Vivo solo o compro y preparo mi comida por separado de las otras personas del hogar;
- No tengo ingresos por trabajo;
- Si usted no indica a continuación el promedio de sus gastos de vivienda/servicios públicos, usted recibirá la deducción de vivienda más baja.
- Los gastos de vivienda y servicios incluyen renta o hipoteca, impuestos de propiedad sobre su casa, seguros sobre su hogar, luz, gas para calefacción y enfriamiento, agua, aguas servidas y/o recolección de basura.
- El promedio de mis gastos mensuales de vivienda y servicios está:
  - Entre \$0 - \$310
  - Entre \$311 - \$457
  - Más de \$457

Si sus gastos de vivienda superan \$457 al mes, usted puede solicitar beneficios a través del programa SNAP regular en la oficina local de su condado. Si no, usted recibirá la cantidad estándar del beneficio de SCCAP.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Por favor, use letra de molde)

Dirección del Solicitante: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Solicitante: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo solicito que la persona nombrada a continuación sea mi "Representante Autorizado" y que actúe con mi autoridad en cualquier situación con respecto a SNAP. Sé que yo soy el responsable de toda la información que dé mi representante, y que tendré que devolver beneficios de SNAP que haya recibido por información incorrecta dada por mi representante.

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Por favor, use letra de molde)

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_