

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
CONTACTO PROVISORIO/AVISO DE VENCIMIENTO
PROYECTO DE SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA ANCIANOS (ESAP)
PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)

Sus beneficios SNAP terminarán el:

Para recibir beneficios SNAP sin interrupción, usted debe completar y devolver a la oficina local del DSS este formulario con todas las pruebas de ingresos tan pronto como le sea posible, pero no más tarde del:

IMPORTANTE – POR FAVOR LEA ESTO

- Responda a todas las preguntas del formulario. Escriba claramente en letra de molde. Si el espacio en el formulario no es suficientemente grande para su respuesta, usted puede adjuntar una hoja de papel adicional.
- Fallo en responder todas las preguntas correctamente o devolver el formulario para la fecha límite podría retrasar, reducir o detener sus beneficios de SNAP.
- Un trabajador del DSS puede contactarle para verificar la información que usted provea en este formulario.
- Si necesita ayuda con este formulario, llame a: .

| DATE RECEIVED- OFFICE USE ONLY | |
|--------------------------------|--|
| | |

| OFFICE USE ONLY |
|--|
| If submitted late, expedited? |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Enough Information |

| | |
|---------|----------------------|
| CO. NO. | NOMBRE DEL CASO |
| | |
| | NÚMERO DEL CASO |
| | |
| | SNAP CERT. THRU DATE |
| | |

Al firmar a continuación, doy fe que la información dada anteriormente es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Estamos conduciendo una revisión anual de elegibilidad para beneficios SNAP. Le notificaremos si su nivel de beneficios cambia.

Háblenos sobre usted

| | | | | | |
|--|-----------------|--|-------------------------|-------------|----------|
| Apellidos: | | Nombre: | | Inicial: | Sufijo: |
| Teléfono Hogar.: | Teléfono Móvil: | Otro número donde se le pueda contactar: | Mejor hora para llamar: | | |
| DÓNDE VIVE | | | | | |
| Dirección: (Incluya número de Apt./Lote) | | Ciudad: | Estado: | Código Zip: | Condado: |
| ¿Se ha mudado desde su última recertificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| SI RECIBE CORRESPONDENCIA EN OTRO LUGAR, FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN | | | | | |
| Dirección Postal: (Si es diferente, incluya número de Apt./Lote) | | Ciudad: | Estado: | Código Zip: | Condado: |
| ¿Esta dirección postal es nueva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |

1. Por favor enumere sus gastos de vivienda.
 Renta/Hipoteca: _____ Seguro del Propietario: _____ Impuestos de Propiedad: _____
 ¿Paga usted los costos de calentar o enfriar su casa? Sí No
 Si la respuesta es no, liste los servicios que usted paga: _____

2. ¿Se ha mudado alguien fuera o dentro de su casa en los últimos 12 meses? Sí No
 ¿Quién se mudó a su casa? Nombre: _____ Parentesco: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
 ¿Compra y prepara esta persona la comida con usted? Sí No
 ¿Quién se mudó fuera?: _____

3. Anote cualquier dinero que usted recibe cada mes. Por favor escriba en el reverso si necesita más espacio.
 Fuente de Ingresos: _____ Cantidad: _____ ¿Quién lo recibe?: _____
 Fuente de Ingresos: _____ Cantidad: _____ ¿Quién lo recibe?: _____

4. Usted puede hacer cambios en este formulario una vez al año sobre sus deducciones médicas. Si desea una deducción para:
- Desembolso para costos de prescripciones – envíenos pruebas de los costos de prescripciones para los últimos 12 meses. Usted puede adjuntar una lista detallada de la farmacia de los costos de sus prescripciones.
 - Gastos médicos que usted ha incurrido en los últimos 12 meses, los cuales usted ha pagado o debe, envíenos pruebas de estos gastos. Esto incluye visitas al doctor, visitas al hospital, etc.
 - Prima de seguro de salud que usted está pagando que sea diferente a Medicare – Envíenos prueba del monto de esta prima.
- Por favor note:** Si las pruebas de gastos médicos no son entregadas, no se le dará una deducción.

5. ¿Sabe usted si algo cambiará en la situación de su hogar en los siguientes 12 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor escriba: _____

6. ¿Alguien en su hogar es un delincuente fugitivo o un infractor de libertad condicional? Sí No

Si respondió sí, nombre quién: _____

7. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por violación de abuso de sustancias controladas que haya ocurrido luego del 22 de agosto de 1996? Sí No

Si respondió sí, nombre quién: _____

AVISOS Y SANCIONES DE SNAP

- **NO compre artículos ilegales tales como bebidas alcohólicas o tabaco con los beneficios SNAP.**
- **NO use su tarjeta EBT para pagar por comida cargada a una cuenta de crédito.**
- **Los violadores de las reglas arriba mencionadas no podrán tener beneficios SNAP por un periodo de 1 año o permanentemente, y pueden ser multados hasta por \$250,000 o encarcelados por 20 años o ambos. Un tribunal también puede agregar 18 meses adicionales de restricción a un individuo en participación de SNAP.**
- **NO compre o venda armas de fuego, municiones o explosivos con los beneficios SNAP; si usted lo hace, usted nunca podrá obtener beneficios SNAP de nuevo.**
- **NO compre o venda drogas ilegales con los beneficios SNAP; NO intercambie, venda o modifique las tarjetas de Beneficio Electrónico (EBT); si usted lo hace, usted no obtendrá beneficios por 24 meses por la 1era ofensa y permanentemente por la 2da ofensa.**
- **NO intercambie, venda o comparta las tarjetas EBT o beneficios SNAP. Si un tribunal de ley lo encuentra culpable de vender beneficios de \$500.00 o más, usted será permanentemente inelegible para participar en el programa por la primera ofensa.**
- **NO reciba beneficios SNAP en más de un estado por el mismo mes. Cualquier individuo que haya realizado una declaración fraudulenta, o una representación de identidad o residencia fraudulenta para recibir beneficios será inelegible para recibir beneficios SNAP por 10 años.**
- **Cualquier miembro de su unidad familiar que intencionalmente rompa las reglas no obtendrá beneficios SNAP por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa.**

FORMULARIO DE RENOVACIÓN

- Este formulario se considerará completo mientras tenga un nombre legible, dirección y una firma.
- Conteste todas las preguntas en este formulario. Si no tiene suficiente espacio en el formulario puede adjuntar una hoja de papel adicional.
- Tiene el derecho a recibir una solicitud cuando la pida.
- Formularios que se reciban después de la fecha límite o sin la evidencia requerida, se considerarán tardíos/incompletos y podrán retrasar sus beneficios SNAP para el siguiente mes.
- Si falla en reportar o verificar cualquier gasto deducible se entenderá como una declaración de que su unidad familiar no quiere recibir una deducción por el gasto.
- Tiene el derecho de apelar y solicitar una audiencia justa. Si no está de acuerdo con los beneficios que obtiene de nuestra parte, o si sus beneficios han sido negados o detenidos, puede pedir una Audiencia Justa. Usted puede hablar por usted mismo en la audiencia. También puede traer a un amigo, un familiar o un abogado que lo represente. En una Audiencia Justa tanto usted como el DSS le dirán al Oficial de la Audiencia lo que sucedió en su caso. La Oficina de Audiencia Administrativas entonces le enviará una decisión sobre su caso.

REPORTAR CAMBIOS

- **Usted debe reportar ciertos cambios en sus circunstancias al DSS.**
- **Si falla en reportar estos cambios se considerará retención de información y le permitirá al DSS recuperar cualquier beneficio que se le haya pagado por error.**
- **Usted debe reportar los cambios por escrito, por teléfono, electrónicamente o completando el Formulario de Cambios entre recertificaciones/redeterminaciones.**

SNAP

Para unidades familiares que recertifiquen cada seis meses, usted debe reportar cuando el ingreso bruto total mensual exceda el 130% del nivel de pobreza federal, cuando un ABAWD en su unidad familiar en SNAP no cumpla con los horarios en los requisitos de trabajo, o cuando un miembro de su unidad familiar gane premios de lotería o apuestas en un solo juego en cantidades iguales o mayores a \$3500 antes de impuestos u otras retenciones. Estos cambios deben ser reportados para el décimo día del mes siguiente al cambio. Todos los otros cambios deben ser reportados en la renovación.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece 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.