

**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria**

SOLICITUD PARA EL PROYECTO DE SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA ANCIANOS (ESAP)

Se usa esta solicitud para personas que estén solicitando asistencia de alimentos en donde:

- Todos los miembros de la unidad familiar tienen 60 años de edad o más; o
- Todos los miembros de la unidad familiar con 60 años de edad o más compran y preparan su comida separadamente de los demás miembros de la unidad familiar; y
- Ningún miembro recibe ingresos de trabajo.

Puede presentar esta solicitud colocando al menos su nombre, dirección y firma. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame gratis al 1-888-898-0055.

| PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE / OFFICE USE ONLY | | |
|--|-------------|---|
| CHIP Case No.: | Date Filed: | Expedited?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Enough Info. |

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

1. Díganos quién es y dónde vive. Debemos poder contactarlo por teléfono.

| | | | | | |
|--|---------|----------|---|----------|--|
| Apellido: | Nombre: | Inicial: | Teléfono donde podamos contactarle: () | | |
| Dirección: (Incluir # apto./# de lote) | Ciudad: | Estado: | Código Postal: | Condado: | |
| Dirección postal: (Si es diferente, Incluir # apto./# de lote) | Ciudad: | Estado: | Código Postal: | | |

2. ¿Quiere que alguien que no esté en su unidad familiar llene esta solicitud por usted o lo represente como representante autorizado? Sí No Si contesto sí, díganos la siguiente información:

Nombre del Representante: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

3. Díganos con quién vive. Ponga su nombre (o el de la persona mencionada en la línea 1 arriba) en la primera línea.

| Nombre (nombre, 2do nombre, apellidos) <small>Escriba los nombres como aparecen en la tarjeta de seguro social de la persona</small> | Relación con la persona en la Línea 1 | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo M/F | ¿Hispano o latino? | * Código de raza (elijá uno o más) | Núm. de Seguro Social o Fecha del SS-5 | Ciego o Discapacitado | Ciu-dadano EE. UU. | En la escuela | Trabajando | Incluir en Presupuesto |
|---|---------------------------------------|---------------------|------|-------------|--------------------|---------------------------------------|--|-----------------------|--------------------|---------------|------------|------------------------|
| 1. | (Usted) | | | | Sí No | | | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| 2. | | | | | Sí No | | | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| 3. | | | | | Sí No | | | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| 4. | | | | | Sí No | | | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |

* Raza: BL - Negro o Afroamericano; WH - Blanco; AS - Asiático; AI - Indio Americano/nativo de Alaska; NH - Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
La recopilación de información étnica y racial del solicitante es voluntaria y no afectará la elegibilidad o el nivel de beneficios que el mismo pueda recibir. La información se recolecta para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color o nacionalidad de origen.

¿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? Sí No

De ser sí, Nombre: _____ Número de teléfono: _____

4. ¿Tiene una tarjeta EBT? Sí No

5. ¿Alguien en su unidad familiar es un delincuente fugitivo o un infractor de libertad condicional? Sí No

De ser sí, ¿quién?: _____

6. ¿Alguien en su unidad familiar ha sido condenado por violación de abuso de sustancias controladas que haya ocurrido luego del 22 Agosto de 1996?

Sí No De ser sí, ¿quién?: _____

7. ¿Cuánto dinero tiene la unidad familiar en efectivo \$ _____, cheques \$ _____ y/o ahorros \$ _____?

8. Díganos sobre los ingresos que recibe su unidad familiar. Los tipos de ingresos pueden incluir empleo, beneficios de Seguro Social, SSI, pensiones, beneficios de veteranos, manutención de menores, contribuciones en efectivo, desempleo, jubilación ferroviaria, dividendos, intereses y otros ingresos.

| Tipo de ingreso | ¿Quién lo recibe? | Ingreso Bruto Mensual |
|-----------------|-------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

9. Díganos sobre sus gastos de vivienda:

¿Su unidad familiar paga hipoteca? Sí No En caso afirmativo, escriba el monto: _____

¿Su unidad familiar paga renta? Sí No En caso afirmativo, escriba el monto: _____

¿Su unidad familiar paga impuestos a la propiedad por su vivienda? Sí No De ser sí, escriba monto anual: _____

¿Su unidad familiar paga seguro del hogar? Sí No De ser sí, escriba monto anual: _____

10. Díganos sobre sus gastos de servicios:

¿Su unidad familiar paga costos de calefacción o aire acondicionado? Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo calienta o enfría su hogar? _____

Si su unidad familiar no paga calefacción o aire acondicionado, ¿paga otros servicios? Sí No

¿Su unidad familiar recibe LIHEAP (Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos)? Sí No

Si respondió NO a ambas preguntas anteriores, ¿cuál es el monto mensual de sus servicios aparte del teléfono?:

11. ¿Alguien en su unidad familiar, que sea anciano (60 años o más) o esté discapacitado, paga gastos médicos por cuenta propia? (por ejemplo: prescripciones, visitas al médico, hospital, seguro de salud, entre otros) entre \$35.01 y \$210.00 Sí No

• En caso afirmativo, envíe evidencia de los gastos médicos incurridos en los últimos 12 meses.

• Si los gastos médicos causan que los gastos médicos mensuales de su unidad familiar excedan el monto de \$210.00, por favor entregue copia de todos los gastos médicos incurridos en los últimos 12 meses.

12. ¿Alguien en su unidad familiar paga manutención de menores por obligación legal a alguien que viva fuera de su hogar?

Sí No De ser sí, ¿Cuánto por mes? _____

13. **Por favor lea y firme esta declaración/solicitud.**

Certifico que la información que yo o mi representante autorizado hemos proporcionado en este documento es verdadera en cuanto a lo que yo sé. Doy permiso al Departamento de Servicios Sociales a realizar cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Sé que podría ser penalizado si doy información falsa, a sabiendas. Certifico que he recibido el folleto “Sus derechos y responsabilidades”.

Firma del Solicitante/Cliente: _____ Fecha: _____

Firma de dos testigos, si se firmó con una “X”: (1) _____ (2) _____

Avisos y Sanciones SNAP

- **NO compre artículos no elegibles tales como bebidas alcohólicas o cigarrillos con los beneficios de SNAP.**
- **NO use su tarjeta EBT para pagar por comida cargada a una cuenta de crédito.**
- **Los infractores de las anteriores normas no podrán obtener beneficios de SNAP por un periodo de 1 año o de manera permanente y se les puede multar hasta \$250,000 o encarcelarles por hasta 20 años o las dos cosas. Un tribunal puede añadirle también a un individuo una restricción adicional de 18 meses de participación en el programa SNAP.**
- **NO compre o venda armas de fuego, municiones o explosivos con beneficios de SNAP; si lo hace, jamás podrá obtener nuevamente beneficios de SNAP.**
- **NO compre o venda drogas ilegales con los beneficios de SNAP; NO intercambie, venda o altere Tarjetas de Beneficio Electrónico (EBT); si lo hace, no podrá obtener beneficios de SNAP por 24 meses por la 1era ofensa y de manera permanente por la 2da ofensa.**
- **NO intercambie, venda o comparta las tarjetas EBT o los beneficios de SNAP. Si un tribunal le encuentra culpable de vender beneficios de \$500 o más, usted será permanentemente inhabilitado para participar en el programa por la primera ofensa.**
- **NO reciba beneficios de SNAP en más de un estado por el mismo mes. Todo individuo que haya sido descubierto haciendo declaraciones o representaciones fraudulentas de identidad o residencia con el fin de obtener beneficios será inelegible para recibir beneficios de SNAP por 10 años.**
- **Cualquier miembro de su unidad familiar que intencionalmente rompa las reglas no podrá recibir SNAP durante 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa.**

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.

¿Qué es el Proyecto de Solicitud Simplificada para Ancianos (ESAP)?

Un proyecto para simplificar el proceso de solicitud para personas de la tercera edad con el fin de participar en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).

¿Quién califica para ESAP?

Usted puede ser elegible para recibir asistencia de alimentos a través de ESAP si:

- Todos los miembros de su unidad familiar que compran y preparan comida juntos tienen 60 años o más;
- Los miembros de su unidad familiar no están trabajando;
- Todavía no está recibiendo SNAP a través del Proyecto de Solicitud Combinada de Carolina del Sur (SCCAP);
- Su unidad familiar está por debajo de los límites de ingresos para ser elegibles para participar en SNAP.

¿Cómo realizo la solicitud?

- No tiene que ir a una oficina del DSS para hacer la solicitud.
- Puede llamar al 1-888-898-0055 para pedir que se le envíe una solicitud por correo, o puede imprimir una solicitud del sitio web del DSS en www.dss.sc.gov haciendo clic en ESAP.
- Llene y firme la solicitud e incluya cualquier prueba de gastos médicos por cuenta propia por los que quiera recibir una deducción.

Las solicitudes deben enviarse a:

ESAP

SC Department of Social Services

P.O. Box 100203

Columbia, SC 29202-3229

- Luego de que se reciba su solicitud, usted recibirá una carta en el correo con información importante sobre la realización de una entrevista para determinar su elegibilidad a los beneficios SNAP.
- Una vez que se le aprueben, sus beneficios SNAP van a una cuenta especial y le enviamos una Tarjeta de Beneficios Electrónicos (EBT) que podrá usar todos los meses para comprar comestibles. Su tarjeta EBT funciona igual que una tarjeta de débito bancaria.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

- La información que usted entregó se mantendrá de forma confidencial y se usará solo para procesar su solicitud y administrar los beneficios SNAP y otros beneficios que su unidad familiar pueda recibir.
- Debe entregar su Número de Seguro Social, o solicitar uno si no lo tiene. El número se usará para verificar la información en la solicitud.
- El Departamento verificará el estado migratorio de cualquier persona que esté solicitando beneficios. No tiene que ser ciudadano de los Estados Unidos para solicitar asistencia. El Departamento no verificará el estado migratorio de los miembros de la familia para los que no esté solicitando SNAP.
- Debe entregar evidencia de ciertas cosas, como su identidad e ingresos, antes de recibir SNAP. Si no puede obtener esta evidencia, un trabajador le ayudará.
- No se le puede discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad. Recibirá información sobre cómo presentar una queja por escrito.
- Si usted no reporta o proporciona verificación de gastos deducibles, el DSS tomará esto como su declaración de que no quiere recibir la deducción.
- Si le da al DSS información incorrecta, incompleta o falsa, no solo se le pueden negar o detener los beneficios, también puede estar sujeto a ser procesado legalmente bajo las leyes estatales y federales.
- Si recibe beneficios que no debió haber recibido, se le exigirá que devuelva el pago al DSS, incluso si no fue su culpa. Si esto ocurre, se le notificará por escrito y se le dará mayor información sobre el proceso de pago.
- Si no está satisfecho con una decisión tomada en su caso, contacte a su oficina local del DSS. Puede pedir que un supervisor revise su caso, o solicitar una Audiencia Justa. Se puede encontrar información sobre la solicitud de una audiencia justa en los avisos con la decisión.

CAMBIOS QUE DEBE REPORTAR

- Usted debe reportar cuando el ingreso bruto total mensual de su unidad familiar exceda el 130% del nivel de pobreza.
- El ingreso bruto total mensual significa todo el dinero que su unidad familiar recibe incluyendo salarios antes de impuestos o deducciones, seguro social, SSI, contribuciones en efectivo, compensación por desempleo, manutención infantil, compensación de trabajadores, etc.
- Usted debe reportar 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.
- Si falla en reportar los cambios, se considerará retención de información y le permitirá al Departamento recobrar cualquier beneficio pagado por error.

DECLARACIÓN DE LEY DE PRIVACIDAD

Las leyes y reglamentos Federales y Estatales limitan el uso de información confidencial respecto a los solicitantes y beneficiarios de programas de asistencia económica y médica a los propósitos directamente relacionados con la administración de estos programas.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Los Números de Seguro Social (SSN) se usarán para verificar la identidad con el fin de prevenir la participación duplicada y para facilitar la realización de cambios en masa. Los Números de Seguro Social se usarán en auditorías o revisiones del programa y comparación por computadora para asegurarse de que es elegible para recibir asistencia.

La información obtenida puede afectar su elegibilidad y los niveles de beneficio. Las informaciones inexactas o falsas pueden resultar en acciones civiles o penales o reclamos administrativos por participación fraudulenta en SNAP.

El DSS no comparte los números de seguro social o estado de ciudadanía/inmigración de los no solicitantes y los individuos inelegibles para recibir beneficios con el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos.

El DSS usará los Números de Seguro Social en el sistema de ingresos estatales y verificación de elegibilidad, así como otras revisiones del programa y de comparación por computadora. Esta información puede verificarse a través de otras fuentes cuando se encuentren discrepancias y también puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficio de su unidad familiar.

Esta información, incluyendo el Número de Seguro Social de cada miembro de la unidad familiar, está autorizada bajo la ley Alimentos y Nutrición del 2008. Esta información también se usará para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa, así como para la gestión del mismo. El hecho de proporcionar la información solicitada, incluyendo el número de seguro social de cada miembro de la unidad familiar es un acto voluntario. Sin embargo, no proporcionar un Número de Seguro Social resultará en la negación de beneficios SNAP para cada individuo que no lo proporcione.