

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

Si necesita ayuda con este formulario, por favor llame al 1-888-898-0055.

Sus beneficios ESAP vencerán el

Para recibir beneficios ESAP sin interrupción, debe llenar y enviar por correo este formulario junto con toda la evidencia de la información en el sobre con nuestra dirección que se encuentra adjunto o llevarlos a la oficina local del DSS tan pronto como sea posible, pero debe recibirse antes del

	DATE RECEIVED – OFFICE ONLY	USO DE OFICINA SOLAMENTE	CASE NAME <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
		If submitted late, expedited? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Enough Info.	CASE NUMBER <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
			SNAP CERT. THRU DATE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

Yo certifico que las siguientes preguntas han sido respondidas sinceramente y completamente bajo la pena de perjurio. Yo entiendo que la información dada en este formulario puede causar que mis beneficios de ESAP sean cancelados o cambiados. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Sociales haga cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

FAVOR IMPRIMIR

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

Apellidos:	Nombre:	Inicial:	Teléfono donde podamos contactarle: ()	
Dirección: (Incluya Núm. de apartamento/lote)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Dirección de correo: (Si es diferente, incluya No. de apt./lote)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

2. ¿Le gustaría que alguien que no viva en su unidad familiar llene esta solicitud por usted o le represente como su representante autorizado? Sí No En caso afirmativo, díganos la siguiente información:

Nombre del representante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

3. Díganos quién vive con usted. Escriba su nombre (o el de la persona mostrada en el punto 1 anterior) en la primera línea.

Nombre (nombre, 2do nombre, apellidos) Escriba los nombres como aparecen en la tarjeta de Seguro Social de la persona.	Relación con la persona en la línea 1	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo M/F	Hispano o Latino?	* Código de raza (Elija uno o más)	Número del Seguro Social o Fecha del SS-5	Ciego o Discapacitado	Ciudadano de los EEUU	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.

4. ¿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: _____

5. ¿Vive usted en un hogar de grupo para personas ciegas o con discapacidad? Sí No

Si respondió sí, Nombre: _____ Número de teléfono: _____

6. ¿Tiene una tarjeta EBT? Sí No
7. ¿Alguien en su hogar es un delincuente fugitivo o un infractor de libertad condicional? Sí No
Si respondió sí, mencione: _____
8. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por violación de abuso de sustancias controladas que haya ocurrido luego del 22 ago. 1996? Sí No Si respondió sí, mencione: _____

9. ¿Cuánto dinero tiene su unidad familiar en efectivo \$_____, cuenta corriente \$_____, y/o de ahorros \$_____?
10. 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

11. 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: _____

12. 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 que NO a ambas preguntas anteriores, ¿cuál es el monto mensual de sus servicios aparte del teléfono?: _____

13. ¿Alguien en su unidad familiar, que sea de 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.
14. ¿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? _____

AVISOS Y SANCIONES SNAP

- NO compre artículos inelegibles 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 será considerado completo siempre y cuando contenga nombre, dirección y firma legibles.
- Responda todas las preguntas de este formulario. Si no tiene suficiente espacio en el formulario para sus respuestas puede adjuntar una hoja adicional.
- Tiene derecho a recibir un formulario de solicitud cuando lo pida.
- Los formularios recibidos después de la fecha límite, o sin los comprobantes requeridos, serán considerados tardíos/incompletos, y pueden retrasar sus beneficios de SNAP para el mes siguiente.
- No reportar o verificar algún gasto deducible será considerado como una declaración de que su unidad familiar no quiere recibir una deducción por ese gasto.
- Usted tiene el derecho a una apelación y a solicitar una audiencia imparcial. Si está en desacuerdo con los beneficios que recibe de nuestra parte, o si le han negado o detenido los beneficios, puede pedir una Audiencia Imparcial. Usted puede hablar por usted mismo en la audiencia. También puede traer a un amigo, familiar o abogado para que lo represente. En la Audiencia Imparcial tanto usted como el DSS le informarán a un Oficial de Audiencias lo que ocurrió en su caso. La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una decisión sobre su caso.

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.

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 que no estén 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 un proceso judicial 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 Imparcial. Se puede encontrar información sobre la solicitud de una audiencia imparcial en los avisos de la decisión.

SE REQUIERE QUE REPORTE LOS SIGUIENTES CAMBIOS

- Debe reportar cuando el ingreso total en bruto de su unidad familiar exceda el 130% del nivel de pobreza.
- El ingreso total en bruto representa todo el dinero que su unidad familiar reciba incluyendo ingresos antes de impuestos u otras deducciones, seguro social, SSI, contribuciones en efectivo, compensación por desempleo, manutención infantil, compensación al trabajador, etc.
- Usted debe reportar cuando un miembro de su unidad familiar gane premios de lotería o apuestas de un solo juego en cantidades iguales o mayores a \$3500 antes de impuestos u otras contribuciones.
- Estos cambios deben ser reportados para el décimo día del mes siguiente al cambio. Cualquier otro cambio debe ser reportado durante la renovación.
- El fallo en reportar cambios se considera retención de información y permitirá al Departamento el 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 asegurar que usted 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 estatus de ciudadanía/inmigración con el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos por los no solicitantes y los individuos inelegibles para recibir beneficios.
- 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.
- Cualquier Número de Seguro Social proporcionado se usará y divulgará de la misma forma que los Números de Seguro Social de los miembros elegibles.