



## Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur

### SOLICITUD DEL PROGRAMA ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF), Y/O PROGRAMA DE ASISTENCIA EN EFECTIVO PARA REFUGIADOS (RCA)

#### Ayuda para llenar una solicitud

- Si necesita ayuda para llenar esta solicitud porque tiene una incapacidad, necesita un intérprete o servicios de traducción, solicítela en cualquier oficina del DSS.
- Para conocer la dirección o teléfono de cualquier oficina del DSS, llame al número gratuito: 1-800-616-1309 o visite [www.dss.sc.gov](http://www.dss.sc.gov).
- Su solicitud es válida siempre que incluya el nombre, la dirección y la firma de un miembro responsable o del representante autorizado del grupo familiar.

#### Fraude

- **Los oficiales federales, estatales o locales podrán comprobar la información que usted le dé al DSS para determinar si es correcta.**
- **Si le da al DSS información para la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o para el Programa asistencia nutricional suplementaria que se determine que es incorrecta, es posible que se rechace o cierre su caso.**
- **Se le podrá someter a enjuiciamiento en virtud de las leyes federales y estatales por dar información**

#### Número de Seguro Social, ciudadanía y estatus migratorio

Solicitantes del Programa asistencia nutricional suplementaria (SNAP) y Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF):

- Usted deberá indicar o solicitar un número de Seguro Social y el estatus de ciudadanía/migratorio de **todos** los miembros de la familia por los que quiera recibir los beneficios en efectivo o de SNAP. El Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) podrá comprobar los estatus migratorios. No es necesario indicar el número de Seguro Social para someter una solicitud para solicitar los beneficios de la Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA). Los refugiados pueden presentar una copia del formulario SS-5 hasta que reciban su tarjeta.
- No se les darán beneficios a quienes no indiquen o presenten su comprobante de solicitud del número de Seguro Social y estatus de ciudadanía/migratorio.
- No se requiere el número de Seguro Social de quienes no son solicitantes o no cumplen los requisitos para recibir los beneficios de SNAP o en efectivo. No obstante, deberá presentar el comprobante de ingresos de **todos** los miembros del grupo de beneficiarios de SNAP y TANF.
- Si necesitamos información de una persona que usted no indicó, un trabajador del DSS se pondrá en contacto con usted para explicarle los requisitos.
- El DSS no comparte con el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos el número de Seguro Social ni el estatus de ciudadanía/migratorio de quienes no son solicitantes o no cumplen los requisitos para recibir los beneficios.
- El DSS usa el número de Seguro Social en el Sistema Estatal de Comprobación de Ingresos y Elegibilidad, y en otras verificaciones de cotejo por computadora y programas. Esta información podrá comprobarse a través de otras fuentes cuando haya discrepancias y también podrá afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar.

## NO ENVÍE SOLICITUDES AL USDA O AL HHS.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DE USDA-HHS

Con arreglo a lo dispuesto en las leyes federales sobre derechos civiles y en las normativas y políticas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones involucradas o que gestionan los programas del USDA, cometan discriminación por razones de raza, color, país de origen, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), creencia religiosa, discapacidad, edad, ideología política, y la retaliación o represalias por acciones previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. También se prohíbe la discriminación en los programas que perciben ayudas económicas federales por parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS), como el programa de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), y programas que lleva acabo directamente el HHS en virtud de la legislación federal en materia de derechos civiles y las normativas del HHS.

Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para conocer la información del programa (p. ej., Braille, fuente aumentada, grabación en audio, lengua de signos estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia (del estado o local) en la que solicitaron las ayudas. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidad del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el número de teléfono (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

### QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL USDA

El USDA ofrece ayuda financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y otros. Para presentar una queja por discriminación en el programa, rellene el formulario de queja por discriminación en el programa, (AD-3027) que se encuentra en línea en el siguiente enlace: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf> y en cualquier oficina del USDA o 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 reclamación, llame al (866)632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentada al USDA a través de los siguientes cauces:

1. **correo postal:** Food and Nutrition Service, USDA1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **teléfono:** (833) 620-1071; o
4. **correo electrónico:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Para cualquier otra información relacionada con el SNAP, las personas deben ponerse en contacto con el número de la línea directa del SNAP del USDA en el número de teléfono (800) 221-5689, que también ofrece servicio en español, o llamar a [los números de la línea directa/de información del estado](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de la línea directa por estado); se encuentra en línea en el siguiente enlace: <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>.

### QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL HHS

El HHS ofrece ayuda financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, como el TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado por razones de raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS brinda asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en su nombre o en el de otra persona.

Para presentar una queja por discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe ayuda financiera federal a través del HHS, rellene el formulario en línea a en el portal de quejas de la OCR que encontrará en el siguiente enlace: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; Fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Para una tramitación más rápida, le animamos a que utilice el portal en línea de la OCR para presentar las quejas en lugar de hacerlo por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja sobre derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR: [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) o ponerse en contacto con la OCR a través del número de teléfono gratuito 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con problemas de audición o con dificultades para hablar, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos gratuitamente formatos alternativos (como Braille y fuente aumentada), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística para presentar una queja.

Usted también puede presentar una queja por discriminación contactando al DSS. Escriba a DSS Office of Civil Rights, P.O. Box 1520, Columbia, S.C. 29202-1520; o llame al (800) 311-7220 o al (803) 898-8080 o TTY: (800) 311-7219.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**NO ENVÍE SOLICITUDES AL USDA O AL HHS.**

**SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES**  
**Programa asistencia nutricional suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias**  
**Necesitadas (TANF) y Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)**

**Confidencialidad**

Se mantendrá en confidencialidad la información que le dé al DSS.

**Excepciones:**

1. Se les podrá revelar información a otras agencias federales y estatales con fines de revisión oficial y a los oficiales de policía para que detengan a los prófugos o a quienes hayan incumplido los términos de su libertad vigilada/bajo palabra.
2. Usted acepta que se les podrá revelar su información confidencial o la de su familia a otras organizaciones si está relacionada directamente con el funcionamiento de SNAP, TANF y RCA.

**Números de Seguro Social**

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

- Deberá proporcionar o solicitar el número de Seguro Social de las personas que quieren recibir los beneficios de SNAP o TANF. Aunque no se requiere el número de Seguro Social de quienes no son solicitantes o no cumplen los requisitos de SNAP o TANF, deberá incluir la información de ingresos de todos los miembros del grupo familiar/grupo de beneficiarios.
- Si el DSS necesita el número de Seguro Social de una persona que usted no indicó, un trabajador del DSS se pondrá en contacto con usted para explicarle por qué se le pide el número y qué pasará si no lo proporciona.
- Se usarán los números de Seguro Social en programas de comparación por computadora y otras verificaciones, y no podrá recibir los beneficios de las personas cuyo número de Seguro Social no haya proporcionado.
- Si no tiene el número de Seguro Social de un solicitante, ello no demorará su solicitud, siempre y cuando esa persona lo solicite de inmediato. El DSS lo ayudará a solicitar el número de Seguro Social.
- El DSS no comparte ni le da al Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos el número de Seguro Social de quienes no son solicitantes o no cumplen los requisitos para recibir los beneficios.

**Estatus de ciudadanía y migratorio**

- Deberá indicar la información del estatus de ciudadanía y migratorio de las personas que desean recibir los beneficios de SNAP, TANF o RCA.
- El DSS no comparte con el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos el estatus de ciudadanía y migratorio de quienes no son solicitantes o no cumplen los requisitos para recibir los beneficios. Sin embargo, es posible que se le entregue al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) la información que indican los miembros solicitantes del grupo familiar para que verifique su estatus migratorio. La información que se reciba del USCIS podrá afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios del grupo familiar.

**Cesión de manutención infantil**

- La manutención de los hijos con derecho a TANF debe asignarse al DSS.
- El DSS podrá tomar medidas para cobrar la manutención infantil de los abuelos maternos y paternos, si los padres del menor son menores de 18 años y reciben TANF.

**Determinación de la paternidad**

- Para recibir los beneficios del programa TANF, deberá cooperar con la División del Servicio de Manutención Infantil (CSSD) para determinar la paternidad y recibir la manutención infantil de sus hijos.
- Si tiene motivos justificados para creer que su cooperación puede causarle daños a usted o a sus hijos, pregúntele al coordinador del caso cómo establecer una "razón justificada" por no cooperar.

**Revisión del control de calidad**

Tiene la responsabilidad de cooperar plenamente con el personal estatal y federal si están llevando a cabo una revisión de Control de Calidad (QC) de su caso SNAP. Si no lo hace, podrá cerrarse su caso.

**Requisitos de los programas de trabajo/adiestramiento**

- Para recibir los beneficios de TANF o RCA, deberá participar en un programa de trabajo o adiestramiento, a menos que esté exento del requisito del programa de trabajo.
- Para recibir los beneficios de SNAP, algunos miembros del grupo familiar deberán registrarse para trabajar. Al firmar su solicitud, se considerará que registró a todos los miembros del grupo familiar cuyo registro se requiere. Es decir, el grupo familiar deberá hacer lo siguiente respecto de sus miembros identificados como registrados para trabajar:
  1. Dar suficiente información del estatus laboral y disponibilidad, cuando se le solicite.
  2. Aceptar un trabajo adecuado de 30 o más horas a la semana, si se le ofrece.
  3. No dejar voluntariamente un trabajo de 30 o más horas ni reducir las horas de trabajo.
- Para poder recibir los beneficios de SNAP, algunos miembros del grupo familiar identificados como adultos físicamente capacitados sin dependientes (ABAWD) deberán cumplir los requisitos de trabajo y quedarán sujetos a recibir sus beneficios por tiempo limitado.

**Límites de tiempo**

- Los beneficios de TANF pueden ser por tiempo limitado.
- RCA tiene un límite de 8 meses a partir de su llegada a los Estados Unidos.
- Los beneficios de SNAP pueden tener un límite de 3 meses en un período de 36 meses para ABAWD.
- El hecho de recibir los beneficios de un programa no tiene efecto alguno en los límites de tiempo de otro programa.

**Comprobación**

- Es posible que un trabajador del DSS tenga que contactar a otras personas u organizaciones (vecinos, bancos, patronos, etc.) para comprobar sus ingresos, estatus laboral/del programa de trabajo, cuentas bancarias, estatus de ciudadanía/migratorio, gastos médicos/de albergue, beneficios de seguro/retiro, historial médico y otros hechos relacionados con su elegibilidad para recibir los beneficios de SNAP, TANF o RCA.
- En el caso de SNAP, si no reporta o verifica algún gasto deducible, se considerará que su grupo familiar no quiere recibir una deducción por el gasto no reportado.

**Devolución de beneficios**

- **Se le podrá exigir que devuelva los beneficios que haya recibido de TANF (incluso cuidado infantil y transporte), RCA y SNAP y no debería haber recibido, aunque no haya sido su responsabilidad.**
- El DSS podrá usar cualquiera de los beneficios que haya retirado de su cuenta inactiva de transferencia electrónica de beneficios (EBT) para pagar las reclamaciones pendientes de SNAP.
- El DSS busca obtener el pago de las reclamaciones de las devoluciones de los impuestos federales o estatales que se le adeuden. Se les podrá remitir a las agencias federales/estatales la información que usted le dé al DSS, incluido el número de Seguro Social, con fines del cobro de las reclamaciones.

**Audiencias imparciales**

- Si no está de acuerdo con una decisión que se haya tomado en su caso, podrá solicitar que se celebre una audiencia imparcial verbalmente o por escrito respecto de SNAP, TANF y RCA, para lo cual deberá ponerse en contacto con la oficina del DSS de su condado o con el SCDSS, División de Derechos del Individuo y el Proveedor, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520, 1-800-311-7220 para TANF and SNAP.
- **Podrá hablar por sí mismo en la audiencia y también podrá llevar a un amigo, familiar o abogado para que hable en su nombre.**
- Para solicitar que continúen sus beneficios de TANF, RCA o SNAP mientras espera la audiencia, deberá presentar su solicitud en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso por la que se reducen o suspenden sus beneficios.
- Si no se resuelve la audiencia a su favor, tendrá que devolver los beneficios recibidos.
- El plazo máximo para solicitar la audiencia después de recibir un aviso de reducción o suspensión de sus beneficios es: de 60 días para TANF y RCA y 90 días para SNAP.

### Instrucciones para llenar su solicitud

- Su solicitud es válida siempre que incluya el nombre, la dirección y la firma de un miembro responsable o del representante autorizado del grupo familiar. Se dan los beneficios en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la agencia recibe su solicitud. Si solicita los beneficios de SNAP, se determinará si cumple los requisitos del programa por separado de los demás programas y no se le negarán únicamente porque se le hayan negado los beneficios de otro programa. La agencia procesará todas las solicitudes de SNAP de acuerdo con los requisitos de puntualidad, aviso y audiencia imparcial, aunque esté solicitando los beneficios de otros programas.
- Si es residente de una institución y solicita en conjunto el Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI) y asistencia alimentaria antes de irse de la institución, la fecha de presentación de su solicitud es su fecha de salida de la institución. El tiempo de procesamiento empezará a correr en el momento en que el DSS reciba su solicitud.
- Llene todos los espacios que pueda. Si necesita ayuda o no entiende alguna pregunta, un trabajador del DSS puede ayudarlo.
- Asegúrese de ESCRIBIR SU NOMBRE, LA FECHA DE HOY y FIRMAR SU SOLICITUD.
- Retire y conserve las páginas 1 a 6. Envíe las páginas 7 a 13 de esta solicitud al DSS. Cuando la agencia reciba su solicitud, se le facilitará un número de teléfono al que deberá llamar para concertar una entrevista en un plazo máximo de 10 días a partir de la fecha de recepción de su solicitud. Si lo desea, puede pedir que se haga la entrevista en persona con un trabajador en su condado de residencia. Podrá llevar a un acompañante a la entrevista para que lo ayude. Si necesita un intérprete, el DSS le asignará uno sin costo alguno.
- Envíe esta solicitud al DSS por correo, fax o correo electrónico.
- Para conocer la dirección de la oficina del DSS de su condado, llame gratis al: 1-800-616-1309 o visite [www.dss.sc.gov](http://www.dss.sc.gov).

### Notificación de cambios

- Deberá notificarle al DSS ciertos cambios que haya en sus circunstancias.
- Si no notifica los cambios, se considerará que está ocultando información y, en consecuencia, el DSS podrá recuperar los beneficios que se le hayan pagado por error.
- Podrá notificarlos por escrito, vía telefónica, por correo electrónico o en el formulario de notificación de cambios entre sus períodos de recertificación/redeterminación.

### Cambios en SNAP

- Deberá notificar si sus ingresos brutos totales son superiores al 130 % del nivel federal de pobreza, si las horas de trabajo de un miembro de su grupo familiar que es un adulto físicamente capacitado sin dependientes suman menos de 20 horas a la semana u 80 horas mensuales en promedio o si un miembro de su grupo familiar se gana la lotería o apuestas en cantidades iguales o superiores a \$4250 de un solo juego antes de impuestos u otras retenciones.
- Debe notificar esos cambios a más tardar el décimo día del mes siguiente al mes en el que ocurre el cambio y deberá notificar los demás cambios al momento de su recertificación.

### Cambios en TANF y RCA

Deberá notificar estos cambios en un plazo de 10 días:

- Estatus laboral (inicia o pierde un empleo)
- Rentas (monto u origen)
- Cambio de residencia o dirección
- Cambios en la estructura del grupo de beneficiarios

### Advertencias y sanciones de SNAP

- NO compre artículos no elegibles como bebidas alcohólicas o tabaco con los beneficios de SNAP.
- NO use su tarjeta EBT para pagar comida que se cargue a una cuenta de crédito.
- Quienes no cumplan con las normas anteriores no podrán recibir los beneficios de SNAP por un período de un año o de manera definitiva y se les podrán imponer multas de hasta \$250,000 o una pena de prisión de hasta 20 años o ambas. Un tribunal podrá, además, imponerles una restricción adicional de 18 meses que les impida beneficiarse de SNAP.
- NO compre ni venda armas de fuego, municiones o explosivos con los beneficios de SNAP; si lo hace, nunca podrá volver a recibir los beneficios del programa.
- NO compre ni venda drogas ilegales con los beneficios de SNAP y NO cambie, venda ni modifique las tarjetas de beneficios electrónicos (EBT); si lo hace, no podrá recibir los beneficios de SNAP en 24 meses por la primera infracción y de manera definitiva por la segunda infracción.
- NO cambie, venda ni comparta las tarjetas EBT o beneficios de SNAP. Si un tribunal lo declara culpable de vender beneficios por un monto de \$500 o más, quedará inhabilitado definitivamente para beneficiarse del programa desde la primera infracción.
- NO reciba beneficios de SNAP en más de un estado el mismo mes. Toda persona que se descubra que ha dado declaraciones o manifestaciones fraudulentas de su identidad o residencia para recibir algún beneficio, quedará inhabilitada para recibir los beneficios de SNAP durante 10 años.
- El miembro de su grupo familiar que rompa las reglas intencionalmente no podrá recibir los beneficios de SNAP durante 12 meses por la primera infracción, 24 meses por la segunda infracción y definitivamente por la tercera infracción.
- NO reciba beneficios de SNAP en el mismo mes. Cualquier individuo que haya realizado una declaración fraudulenta o una representación fraudulenta de participación en el programa con el fin de recibir beneficios no tendrá derecho a recibir beneficios de SNAP durante 12 meses por la primera infracción, 24 meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción.

### Restricciones de la tarjeta de pago electrónico TANF

No debe usar la tarjeta ePAY para transacciones electrónicas en:

- Licorerías.
- Casinos, centros de apuestas o establecimientos de juegos; o
- Establecimientos de entretenimiento para adultos en el que quienes participan en los espectáculos se desvisten o se presentan desnudos para entretener al público.

### Información y servicios de referido de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas

- Los grupos familiares que reciben beneficios de SNAP cuyos ingresos son iguales o inferiores al 130 % del nivel federal de pobreza (FPL) están autorizados para recibir el folleto de información y servicios de referido de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas de Carolina del Sur.
- Puede solicitarlo en cualquier oficina local o llamar al 1-800-616-1309 para pedir que se lo envíen por correo.

### Programa de Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)

- La Asistencia en Efectivo para Refugiados tiene un límite de ocho (8) meses a partir de su llegada a los Estados Unidos.
- La cantidad del beneficio de RCA es el mismo que el del beneficio de TANF.
- RCA solo está disponible para refugiados adultos sin dependientes menores de edad.
- Se llenará su solicitud de RCA en la oficina local del DSS, pero se le enviará el pago desde la oficina de Columbia, Carolina del Sur.

**Programa asistencia nutricional suplementaria (SNAP)  
Información de adultos físicamente capacitados sin dependientes (ABAWD)**

Se refiere a una persona sin discapacidad, de entre 18 y 53 años, que no tiene miembros de su grupo familiar menores de 18 años incluidos en el presupuesto de SNAP. Un adulto físicamente capacitado sin dependientes solo puede recibir tres (3) meses de beneficios de SNAP en un período de tres (3) años, a menos que también cumpla el requisito de trabajo o tenga una exención de tal requisito.

**Requisito de trabajo para adultos físicamente capacitados sin dependientes:**

- Trabajar mínimo 20 horas a la semana, con un promedio de 80 horas al mes (por dinero, beneficios en especie o con una agencia de voluntarios establecida); o
- Participar y cumplir los requisitos de un programa de trabajo mínimo de 20 horas a la semana, con un promedio de 80 horas al mes (p. ej., SNAP, E&T, WIOA, etc.); o
- Una combinación de trabajo y participación en un programa de trabajo mínimo de 20 horas a la semana, con un promedio de 80 horas al mes; o
- Participar o cumplir con un programa de trabajo para desempleados.

**Exención del requisito de trabajo para adultos físicamente capacitados sin dependientes:**

- No ser física o mentalmente capaz de trabajar; o
- Estar embarazada; o
- Ser veterano; o
- Tener 24 años o menos y haber salido de un hogar de cuidado tutelar; o
- Ser considerado una persona sin hogar (según la definición de la normativa federal); o
- Ya cumple con una exención de los requisitos generales de trabajo (es cuidador de alguien, participante regular de un programa de drogas o alcohol, estudiante inscrito al menos medio tiempo, recibe beneficios por desempleo o los solicitó, pero todavía no los recibe).

Un adulto físicamente capacitado sin dependientes que ya haya recibido tres (3) meses de beneficios en este período de tres (3) años podrá volver a ser elegible tras presentar un comprobante que indique que ha cumplido el requisito de trabajo 30 días consecutivos, tiene una exención o cuando el período de tres (3) años empiece a correr nuevamente.

## Lista de comprobación de su solicitud

La lista de comprobación de los requisitos de elegibilidad de SNAP/TANF tiene por objetivo darle ejemplos de cierta información que quizás tenga que comprobar para determinar si cumple los requisitos para recibir los beneficios de SNAP/TANF. Tenga en cuenta que el trabajador del DSS podrá pedirle información adicional en la entrevista. Puede enviar la información por correo o fax o dejarla en cualquier oficina del DSS.

### **SI SOLO SOLICITA LOS BENEFICIOS DE SNAP**

- Identificación del solicitante y del representante autorizado, si corresponde. Por ejemplo: licencia de conducir, tarjeta de identificación del estado o identificación laboral o escolar, identificación para beneficios de salud, asistencia de otro programa de servicios sociales, otras formas aceptables de identificación o tarjeta de registro electoral.
- Número de Seguro Social de cada miembro de la familia que incluye en la solicitud (menores de edad y adultos).
- Ingresos: Recibos de pago de las últimas cuatro (4) semanas de trabajo, si trabaja actualmente, o las últimas declaraciones de impuestos, si trabaja por su cuenta (envíe la declaración de impuestos completa). Comprobación de las últimas cuatro (4) semanas de pagos de manutención infantil, si la recibe. Copias de las cartas de asignación de beneficios de desempleo, Seguro Social, retiro, etc.
- Gastos de hogar: Contrato de arrendamiento, comprobantes de pago de la renta o hipoteca y recibos de servicios públicos (*opcional*).
- Gastos médicos de personas incapacitadas o mayores de 60 años. Por ejemplo: Facturas médicas, copagos de medicamentos prescritos, recibos de la prima del seguro de salud, consumo de combustible para ir y regresar de sus citas médicas, etc.

### **SI SOLO SOLICITA LOS BENEFICIOS DE TANF**

- Su partida de nacimiento y la de sus hijos
- Número de Seguro Social de cada miembro de la familia que incluye en la solicitud, menores de edad y adultos.
- Identificación del solicitante y del representante autorizado, si corresponde. Por ejemplo: licencia de conducir, tarjeta de identificación del estado o identificación laboral o escolar, identificación para beneficios de salud, asistencia de otro programa de servicios sociales, otras formas aceptables de identificación o tarjeta de registro electoral.
- Ingresos: Recibos de pago de las últimas cuatro (4) semanas de trabajo, si trabaja actualmente, o las últimas declaraciones de impuestos, si trabaja por su cuenta (envíe la declaración de impuestos completa). Copias de cartas de concesión de subsidios de desempleo, prestaciones de la Administración del Seguro Social (SSA), ingresos de la Administración de Veteranos (VA), retiro, etc.
- Extractos de cuentas bancarias/financieras, si procede. Por ejemplo, entre otros, declaraciones de: cuentas corrientes, de ahorro, del mercado de valores, certificados de ahorro, fondos fiduciarios, cuentas individuales de retiro (IRA) y/o cualquier otra cuenta bancaria/financiera.
- Información sobre el registro de vehículos o el impuesto sobre bienes muebles, si procede.

### **SI SOLICITA LOS BENEFICIOS DE SNAP Y TANF**

Presente la mayor cantidad posible de los documentos de comprobación indicados anteriormente.

**SOLO PARA USO DEL DSS**

<input type="checkbox"/> New Application	<input type="checkbox"/> Reapplication	<input type="checkbox"/> Recertification	Expedited Screener's Name:	Dated Filed:
<input type="checkbox"/> TANF Redetermination	<input type="checkbox"/> Add TANF BG Member	<input type="checkbox"/> Cure Sanction		
CHIP Case Number:	Worker:	Expedited? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No hay suficiente información		

*Se autoriza esta información, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del grupo familiar, conforme a lo previsto en la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008. También se usará esta información para vigilar que se dé cumplimiento al reglamento de los programas y con fines de administración de los mismos. Es voluntario entregar la información solicitada, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del grupo familiar. No obstante, si una persona no proporciona su número de Seguro Social, se le podrán negar los beneficios de SNAP. Los números de Seguro Social que se proporcionen se usarán y se revelarán de la misma manera que los números de Seguro Social de los miembros que cumplen los requisitos.*

**Información del servicio acelerado**

- Puede recibir los beneficios SNAP en un plazo de 7 días si: Su grupo familiar que recibe los beneficios de SNAP tiene ingresos brutos mensuales de menos de \$150 y sus recursos líquidos, p. ej., dinero en efectivo, cuentas corrientes o cuentas de ahorros, son inferiores o iguales a \$100, su arrendamiento/hipoteca y servicios públicos sobrepasan los ingresos mensuales y recursos líquidos conjuntos de su grupo familiar o un miembro de su grupo familiar es inmigrante o trabajador agrícola de temporada considerado desamparado.
- Si no responde las preguntas que figuran en esta solicitud, no podremos determinar si es elegible para recibir el servicio acelerado.

**ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA**

**Sección 1: Información de intérprete, traducción y representante autorizado**

¿Necesita un intérprete?  Sí  No **Si respondió "Sí", ¿en qué idioma se comunica más?** \_\_\_\_\_

¿Necesita material traducido?  Sí  No **Si respondió "Sí", ¿en qué idioma se comunica más?** \_\_\_\_\_

¿Es usted sordo o tiene problemas de audición? **Si respondió "Sí"** y necesita ayuda para comunicarse, marque todas las casillas correspondientes:

TTY/retransmisión por video  Lenguaje de señas  Otro \_\_\_\_\_

*Puede designar a alguien para que lo ayude con su solicitud y su entrevista. Esa persona debe conocer la situación de su grupo familiar lo suficiente para dar la información necesaria para si es elegible. Usted sigue siendo el responsable de la información que dé quien actúe como su representante autorizado, incluso de la información que quizás no sea correcta.*

¿Desea que una persona que no es parte de su grupo familiar llene esta solicitud o haga la entrevista por usted como su representante autorizado?

Sí  No **Si respondió "Sí"**, indique quién y firme a continuación:

Nombre del representante: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante/cliente \_\_\_\_\_

*Puede designar a una segunda persona o pedirle a la misma persona que lo ayude a usar los beneficios de su tarjeta EBT.*

Nombre del segundo representante: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante/cliente: \_\_\_\_\_

Firma de dos testigos, si firmó con una "X". (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

**Sección 2: ¿Para cuál(es) programa(s) presenta su solicitud?**

Programa asistencia nutricional suplementaria (SNAP)  Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

**Sección 3: Háblenos de usted.**

Apellidos:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Sufijo:
Número de teléfono residencial:	Número de teléfono celular:	Otro número de teléfono al que se le puede llamar:	Mejor hora para llamar:

**¿Dónde vive?**

Dirección: (incluya el número de apto./lote)	Ciudad:	Estado:	Zona postal:	País:
----------------------------------------------	---------	---------	--------------	-------

**Si recibe su correo en otra dirección, llene esta sección.**

Dirección postal: (si no es la misma, incluya el número de apto./lote)	Ciudad:	Estado:	Zona postal:	País:
------------------------------------------------------------------------	---------	---------	--------------	-------

**IMPORTANTE: Lea y firme esta declaración/solicitud.**

**Certifico bajo pena de perjurio que la información que yo o mi representante autorizado indica en esta solicitud, incluida la información del estatus de ciudadanía y migratorio, es verdadera a mi entender. Autorizo al Departamento de Servicios Sociales para que se ponga en contacto con quienes sea necesario para comprobar mis declaraciones. Sé que me pueden sancionar por dar información falsa de manera intencional. Certifico que recibí el folleto titulado *Sus derechos y obligaciones* que viene con este paquete de solicitud.**

**Firma del solicitante/representante autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma de dos testigos, si firmó con una "X". (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

### Sección 4: Háblenos de usted y de su grupo familiar.

- Mencione a todas las personas que viven con usted y responda todas las preguntas por cada miembro del grupo familiar.
- Es posible que se requiera comprobar la información de todo el grupo familiar. Solo tiene que indicar el número de Seguro Social o la fecha del formulario SS-5 y el estatus de ciudadanía/migratorio de las personas que incluye en su solicitud. Es voluntario dar el número de Seguro Social y la situación de ciudadanía/inmigración para el grupo familiar que no son solicitantes y no cumplen los requisitos.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellidos) Indique los nombres tal como aparecen en la tarjeta del Seguro Social.	Parentesco con la persona de la línea 1	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo M/F	Número de Seguro Social o Fecha del SS-5	Código de raza (elijá uno o varios)	Hispano o latino	Ciego o incapacitado	Ciudadano estadounidense	Trabaja
1.	<b>(Usted)</b>						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\* Raza: BL: negro o afroamericano; WH: blanco; AS: asiático; AI: indio nativo de Norte América/nativo de Alaska; NH: nativo de Hawái u otras islas del Pacífico. Es voluntario dar información del origen étnico y la raza del solicitante y no afectará la elegibilidad ni el nivel de beneficios que pueda recibir. Se recopila la información para asegurarse de que se distribuyan los beneficios de los programas independientemente de su raza, color o nacionalidad.

Llene esta información si usted o un miembro de su grupo familiar está estudiando.

Nombre del estudiante	Nivel actual o último nivel cursado	Nombre de la escuela	Estatus de inscripción
			<input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo
			<input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo
			<input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo
			<input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo
			<input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo

Mencione a otras personas que vivan en la misma casa con usted, pero que no desea incluir en su grupo familiar con fines de SNAP porque no compran ni cocinan la comida con usted o a aquellas personas que no son ciudadanas estadounidenses y respecto de las cuales no desea que la agencia contacte al Servicio de Ciudadanía e Inmigración para comprobar su estatus migratorio. (Use otra hoja para incluir a más personas, si no hay espacio suficiente en esta).

Nombre	Edad	Parentesco con usted	¿Le da esta persona dinero a usted o a otra persona mencionada anteriormente?		¿Paga esta persona parte de las facturas de la casa?	
			Sí/No	Si la respuesta es "Sí", explique por qué.	Sí/No	Si la respuesta es "Sí", ¿cuáles facturas?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



**Háblenos de usted y de su grupo familiar. (Continúa de la página 8).**

1. ¿Ha recibido anteriormente usted o una persona que incluye en su solicitud los beneficios de TANF?  Sí  No  
**Si la respuesta es "Sí":**
- ¿En qué estado(s) recibió usted y/o los miembros de su familia beneficios del TANF? \_\_\_\_\_
  - ¿Cuándo fue la última vez que recibió los beneficios de TANF? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué miembro(s) del grupo familiar recibió (recibieron) los beneficios de TANF? \_\_\_\_\_
  - ¿Todavía tiene tarjeta ePay de Carolina del Sur?  Sí  No
2. ¿Ha recibido anteriormente usted o una persona que incluye en su solicitud los beneficios de SNAP?  Sí  No  
**Si la respuesta es "Sí":**
- ¿En qué estado(s) recibió usted y/o los miembros de su familia prestaciones del SNAP? \_\_\_\_\_
  - ¿Cuándo fue la última vez que recibió los beneficios de SNAP? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué miembro(s) del grupo familiar recibió (recibieron) los beneficios de SNAP? \_\_\_\_\_
  - ¿Todavía tiene tarjeta EBT de Carolina del Sur?  Sí  No
3. ¿Ha recibido usted o un miembro de su grupo familiar \$4250 o más en premios de lotería o apuestas (de una sola vez) en los últimos 12 meses?  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_**
4. ¿Es usted o un miembro de su grupo familiar fugitivo o ha incumplido los términos de su libertad vigilada/bajo palabra?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**
5. ¿Lo han declarado a usted o a un miembro de su grupo familiar culpable de un delito estatal o federal grave por drogas (posesión, consumo o distribución) cometido después del 22 de agosto de 1996?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**
6. Usted o alguien en su grupo familiar ha sido encontrado culpable de recibir TANF (beneficios en efectivo) o beneficios SNAP en dos o más estados al mismo tiempo?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**
7. ¿Lo han declarado a usted o a un miembro de su grupo familiar culpable de uno de los siguientes delitos después del 22 de septiembre de 1996?
- ¿Cambió los beneficios de SNAP por drogas?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**
  - ¿Compró o vendió beneficios de SNAP por un monto de más de \$500?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**
  - ¿Cambió los beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**
8. ¿Lo han condenado a usted o a un miembro de su grupo familiar después del 7 de febrero de 2014 por abuso sexual agravado, asesinato, explotación de menores, agresión sexual dentro de la definición establecida en la Ley sobre la Violencia contra la Mujer de 1994 u otra ley estatal similar y, además, no está cumpliendo con los términos de la(s) sentencia(s)?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**
9. ¿Vive usted o alguien de su familia en alguno de los siguientes entornos especiales?
- **Albergue para mujeres y niños maltratados;**  Sí  No
  - **Albergue para personas sin hogar;**  Sí  No
  - **Centro de tratamiento o rehabilitación de adicciones a drogas o alcohol (DAA);**  Sí  No
  - **Tipo de alojamiento en grupo (GLA) para personas ciegas o incapacitadas;**  Sí  No
  - **¿Otras instituciones?**  Sí  No
- Si usted o alguien de su familia vive en uno de los entornos especiales enumerados anteriormente, indique la información a continuación.**  
¿Quién vive en un entorno especial? \_\_\_\_\_ Tipo de centro: \_\_\_\_\_  
Nombre del centro: \_\_\_\_\_
10. ¿Es usted o alguien de su familia una persona sin hogar, pero no vive en un albergue para personas sin hogar?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**
11. ¿Participa usted o un miembro de su grupo familiar en forma regular de un programa de drogas o alcohol?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**
12. ¿Está usted u otra mujer de su grupo familiar embarazada?  Sí  No  
**Si es afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha de parto: \_\_\_\_\_**
13. ¿Está usted o un miembro de su grupo familiar, de entre 18 y 52 años de edad, incapacitado para trabajar?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**  
¿Por qué está esta persona incapacitada para trabajar? \_\_\_\_\_
14. ¿Es usted u otra persona de su grupo familiar veterano?  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**
15. Tiene usted o alguien de su familia 24 años o menos y ha salido de un hogar de cuidado tutelar  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_**

### Sección 5: Háblenos de los ingresos de su grupo familiar.

1. ¿Trabaja usted o un miembro de su grupo familiar?  Sí  No **En caso afirmativo**, ¿quién? \_\_\_\_\_

2. Introduzca el salario **BRUTO**, no el salario neto, percibido en las últimas cuatro semanas.

- El salario bruto es el pago antes de las deducciones.
- **Nota:** Si no tiene sus recibos de pago o no recibió el pago por su trabajo en dinero, por ejemplo, trabajo remunerado en especie o trabajo de voluntariado en una organización de voluntarios establecida, entonces pídale a la persona para la que trabaja que llene esta sección.

Nombre de la persona que trabaja:				Nombre de la persona que trabaja:											
Nombre y dirección del patrono:				Nombre y dirección del patrono:											
Número de teléfono del patrono:		Número de fax del patrono:		Número de teléfono del patrono:		Número de fax del patrono:									
Monto devengado cada período de pago antes de los impuestos: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Número mensual de horas trabajadas a la semana: _____				Monto devengado cada período de pago antes de los impuestos: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Número mensual de horas trabajadas a la semana: _____											
Semana	Fecha de pago del salario			Salario bruto	Propinas	Horas totales	Semana	Fecha de pago del salario			Salario bruto	Propinas	Horas totales		
	Mes	Día	Año					Mes	Día	Año					
1							1								
2							2								
3							3								
4							4								
Firma del patrono				Número de teléfono:				Firma del patrono				Número de teléfono:			

3. ¿Recibe usted u otro miembro de su grupo familiar dinero de otra(s) fuente(s)?  Sí  No

**Si la respuesta es "Sí", llene la siguiente sección.**

Otros ingresos	Monto	¿Con qué frecuencia recibe usted u otro miembro de su grupo familiar este ingreso?	¿Quién del grupo familiar recibe el ingreso?
Manutención infantil	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Beneficios del Seguro Social	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Beneficios por desempleo	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Beneficios para veteranos	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Retiro/pensiones	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
Otro (especifique)	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	

**Sección 6: Háblenos de los recursos de su grupo familiar.**

1. ¿Alguien tiene automóvil, camión u otros activos o terrenos/edificios, aparte del lugar donde usted vive?  Sí  No

**En caso afirmativo**, enumere todos los activos. \_\_\_\_\_

2. ¿Cuánto tiene el grupo familiar en efectivo \$, cuentas corrientes \$ o cuentas de ahorro \$ \_\_\_\_\_?

**Sección 7: Háblenos de los gastos de hogar de su grupo familiar.**

1. ¿Le paga usted o un miembro de su grupo familiar a otra persona para que cuide a los niños?  Sí  No

2. ¿Le paga usted o un miembro de su grupo familiar a otra persona para que cuide a un adulto dependiente?  Sí  No

3. ¿Paga usted o un miembro de su grupo familiar manutención infantil?  Sí  No

**Si la respuesta es "Sí"**, ¿cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Por orden judicial?  Sí  No

4. Si alguien de su grupo familiar es una persona incapacitada o mayor de 60 años, ¿tiene gastos de bolsillo de más de \$35 mensuales?  Sí  No

**Si la respuesta es "Sí"**, ¿quién? \_\_\_\_\_

**Sección 8: Díganos cuáles son las circunstancias de su hogar para la selección del servicio acelerado SNAP.**

1. ¿Cuáles son los ingresos **totales** que su grupo familiar y usted han recibido y esperan recibir este mes? \$ \_\_\_\_\_

2. ¿Es algún miembro de su grupo familiar inmigrante o trabajador agrícola de temporada?  Sí  No

(**En caso afirmativo**, responda las siguientes preguntas)

- ¿Todo el grupo familiar dejó de percibir ingresos recientemente?  Sí  No

**En caso afirmativo**, ¿cuándo recibieron su último pago? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el monto? \_\_\_\_\_

- ¿Espera algún miembro del grupo familiar recibir ingresos de una fuente nueva este mes?  Sí  No

**Si la respuesta es "Sí"**, ¿cuánto? ¿Espera recibirlos en un plazo de 10 días?  Sí  No

3. ¿Cuánto tiene el grupo familiar en efectivo \$, cuentas corrientes \$ o cuentas de ahorro \$ \_\_\_\_\_?

4. ¿Cuánto gasta su grupo familiar?

Arrendamiento/hipoteca \$ \_\_\_\_\_ Arrendamiento de lote \$ \_\_\_\_\_ Impuesto a la vivienda \$ \_\_\_\_\_

Seguro de vivienda \$ \_\_\_\_\_ Cuota de condominio \$ \_\_\_\_\_

5. ¿Paga su grupo familiar por la calefacción o aire acondicionado de su casa?  Sí  No

**Si la respuesta es "Sí"**, ¿qué tipo de calefacción o aire acondicionado usa?: \_\_\_\_\_

6. ¿Recibe su grupo familiar el beneficio del Programa de Asistencia de Energía del Hogar para Familias de Bajos Recursos (LIHEAP)?  Sí  No

7. **Si respondió "No" a las dos preguntas 5 y 6**, ¿cuánto paga mensualmente su grupo familiar por servicios públicos aparte del teléfono? \$ \_\_\_\_\_

## Sección 9: Solo para Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

### Información de padre/madre ausente:

Indique la información a continuación de cada menor incluido en la sección 4, cuyo padre o madre no vive en la casa. Es posible que se le pida información adicional en la entrevista de elegibilidad.

Nombre, última dirección conocida y número de teléfono del padre/madre ausente		Número de Seguro Social
El padre/madre ausente es:	Nombre:	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Última dirección conocida:	Fecha de nacimiento
	Número de teléfono:	
Indique el (los) nombre(s) del (de los) menor(es) del padre/madre ausente.		¿Es el padre/madre legal del (los)
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del patrono	Dirección del	Número de teléfono del patrono

Nombre, última dirección conocida y número de teléfono del padre/madre ausente		Número de Seguro Social
El padre/madre ausente es:	Nombre:	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Última dirección conocida:	Fecha de nacimiento
	Número de teléfono:	
Indique el (los) nombre(s) del (de los) menor(es) del padre/madre ausente.		¿Es el padre/madre legal del (los)
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del patrono	Dirección del	Número de teléfono del patrono

Nombre, última dirección conocida y número de teléfono del padre/madre ausente		Número de Seguro Social
El padre/madre ausente es:	Nombre:	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Última dirección conocida:	Fecha de nacimiento
	Número de teléfono:	
Indique el (los) nombre(s) del (de los) menor(es) del padre/madre ausente.		¿Es el padre/madre legal del (los)
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del patrono	Dirección del	Número de teléfono del patrono

Nombre, última dirección conocida y número de teléfono del padre/madre ausente		Número de Seguro Social
El padre/madre ausente es:	Nombre:	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Última dirección conocida:	Fecha de nacimiento
	Número de teléfono:	
Indique el (los) nombre(s) del (de los) menor(es) del padre/madre ausente.		¿Es el padre/madre legal del (los)
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del patrono	Dirección del	Número de teléfono del patrono

**IMPORTANTE:** Para el TANF, lea y firme a continuación.

**Por medio del presente declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y la doy con la intención de recibir los servicios previstos en el título IV-D de la Ley de Seguro Social. Al firmar la siguiente solicitud de asistencia pública del DSS, comprendo que estas declaraciones son verdaderas y se usarán en documentos legales de acusación contra el padre/madre ausente.**

Firma del solicitante/representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de dos testigos, si firmó con una "X". (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_