

AVISO DE VENCIMIENTO

Sus beneficios del Programa Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y/o Independencia Familiar (FI) terminarán el:

Para recibir SNAP y/o FI sin interrupción, usted debe completar y devolver a la oficina local del DSS el formulario que se encuentra a continuación con todos los comprobantes lo antes posible, pero debemos recibirlo antes del:

	DATE RECEIVED – OFFICE ONLY	Si necesita ayuda con este formulario llame a:	CO. NO.	CASE NAME
				CASE NUMBER
				SNAP/FI CERT. THRU DATE

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 FI o SNAP sean cancelados o cambiados. Yo doy permiso para que el Departamento de Servicios Sociales haga cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones.

Firma: _____ Fecha: _____

1. Díganos dónde vive y cómo podemos comunicarnos con usted.

Apellidos:	Nombre:	2 ^{da} Inicial:	Teléfono Durante el Día:	
Dirección: (Incluya No. de apartamento/lote.)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Dirección de Correo: (Si es diferente, incluya No. de apartamento/lote.)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:

2. Díganos quién vive con usted? Escriba su nombre en la primera línea. Marque NO en la última columna para indicar aquellas personas que no son ciudadanos que usted no quiere que la agencia se comunique con los Servicios de Inmigración y Naturalización (INS) para confirmar su estado migratorio. (Utilice una hoja de papel adicional para agregar a otras personas si no hay suficiente espacio para todos aquí.)

Nombre (Nombre, 2 ^{do} . Nombre, Apellidos) <small>Liste los Nombres como Aparecen en la Tarjeta de Seguro Social de Cada Persona.</small>	Relación que Tiene con la Persona Nombrada en Línea #1	Fecha de Nacimiento	Edad	Género M/F	¿Hay Alguien Que sea His-pano?	* Código de raza (Elija uno o más)	No. de Seguro Social o Fecha del SS-5	Ciego o Discapacitado	Ciu-dada no de los EEUU	Asistie-ndo a la Escuela	Trabaja-ndo	Incluir en el Presupuesto
1.	(Usted mismo)				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
5.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
6.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
7.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

(La recopilación de información étnica y racial del solicitante no es obligatoria; sin embargo, es importante para determinar el cumplimiento del Estado con las leyes Federales de derechos civiles) * Raza: BL - Negro o Afro-Americano; WH - Blanco; AS - Asiático; AI - Indio Americano/Nativo de Alaska; NH - Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico

¿Vive usted en un centro de tratamiento de drogas y alcohol o un centro de rehabilitación (DAA por sus siglas en inglés)?

Sí No Si respondió sí, Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

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

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

3. Solo para FI, ¿hay alguna información nueva que usted necesite reportar sobre el padre/madre ausente? Sí No
Si respondió sí, por favor adjunte otra hoja de papel con información adicional, que incluya el nombre del padre/madre ausente.

4. ¿Alguien es propietario de algún carro, camioneta u otros activos o terreno/edificios aparte de donde usted vive? Sí No Si respondió sí, para FI, ¿cuál es valor? \$ _____

5. ¿Cuánto dinero tiene el hogar en efectivo \$ _____ , cuenta corriente \$ _____ , y/o cuentas de ahorros \$ _____ ?
Para FI, por favor proporcione el extracto de cuenta más reciente.

6. ¿Es usted o alguna de las personas que vive con usted un fugitivo convicto o violador de libertad condicional? Sí No

Si respondió sí, nombre(s): _____

¿Han encontrado a usted o a alguna de las personas que vive con usted culpable de cometer una de las siguientes ofensas después de agosto 22, 1996:

- un delito relacionado con drogas? Sí No Si respondió Sí nombre(s): _____
- recibir TANF (beneficios en efectivo) o beneficios de SNAP de dos o más estados a la misma vez? Sí No
Si respondió sí, nombre(s): _____
- cambiar beneficios de SNAP por drogas? Sí No Si respondió sí, nombre: _____
- comprar o vender beneficios de SNAP por más de \$500? Sí No Si respondió sí, nombre(s): _____
- cambiar beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos? Sí No
Si respondió sí, nombre(s): _____

7. ¿Usted o alguna de las personas que vive con usted trabaja? Sí No **Si respondió sí, envíe todos los talones de cheque recibidos en las últimas 4 semanas.** Si usted acaba de comenzar a trabajar y todavía no ha recibido un talón de cheque o si no tiene todos los talones de cheque, pídale a la persona que le paga que complete esta sección. Si el empleo ha terminado, por favor indique la razón por la cual terminó:

Fecha del último cheque: _____ Cantidad bruta del último cheque: _____

Solo para FI: Si su empleo ha terminado, ¿usted ha solicitado beneficios de desempleo? Sí No

A Nombre del Trabajador:					B Nombre del Trabajador:						
Nombre y dirección del empleador:					Nombre y dirección del empleador:						
Nº de teléfono del empleador		No de fax del empleador			No de teléfono del empleador		No de fax del empleador				
FECHA DE RECIBO DE PAGO			PAGO BRUTO	PROPINAS	HORAS TOTALES	FECHA DE RECIBO DE PAGO			PAGO BRUTO	PROPINAS	HORAS TOTALES
MES	DÍA	AÑO				MES	DÍA	AÑO			
1.						1.					
2.						2.					
3.						3.					
4.						4.					

Firma de la Persona que le _____ Nº de teléfono
Paga Nombre en letra de molde: _____

Firma de la Persona que le _____ Nº de teléfono
Paga Nombre en letra de molde: _____

8. ¿Usted o alguien que viva con usted recibe dinero además del que proviene del trabajo? Sí No

OTRO INGRESO	CANTIDAD	¿CADA CUÁNTO RECIBE ESTE INGRESO?	¿QUIÉN RECIBE ESTE INGRESO?
Manutención Infantil (Voluntaria u ordenada por el Tribunal)	\$		
SSI	\$		
Pago del Seguro Social	\$		
Beneficios por Desempleo	\$		
Beneficios de Veteranos	\$		
Otro: (Explique)	\$		

9. ¿Usted o alguna de las personas que vive con usted tiene que pagar los siguientes gastos? Sí No
Si respondió sí y quiere recibir una deducción por el gasto, complete la siguiente información y envíe comprobante de los gastos.

GASTO	¿QUIÉN PAGA?	CANTIDAD	GASTO	¿QUIÉN PAGA?	CANTIDAD
Renta		\$	Hipoteca/Segunda Hipoteca/ \$		\$
Nombre del Propietario:			Pago del terreno		\$
Nº de teléfono del Propietario			Tasación/Impuestos de Propiedad No Incluidos en los Pagos de la Casa		\$
Casa Móvil Renta de Espacio/Lote		\$	Seguro de Propiedad que No Está Incluida en los Pagos de la Casa		\$

¿Usted paga para calentar o enfriar su hogar? Sí No

Si respondió sí, ¿cómo calienta o enfría su hogar? _____

¿Alguien recibe ayuda del Programa de Asistencia con los Pagos de Energía (LIHEAP por sus siglas en inglés)? Sí No

10. ¿Alguien paga por cuidado infantil o el cuidado de un miembro adulto del hogar que esté discapacitado? Sí No
Envíe todas las facturas y/o recibos de _____ y complete la información que se encuentra a continuación para dicho mes.

¿A quién cuida la niñera/el cuidador?	¿Quién paga por dicho cuidado?
Nombre del Cuidador/Niñera:	
Costo:	¿Cada cuánto?:
Si usted no tiene todos los recibos/facturas, pídale al cuidador/niñera que complete esta sección:	
Firma del Cuidador/Niñera:	Teléfono del Cuidador/Niñera:
¿Recibe usted vales de SC? (Anteriormente vales de ABC para la guardería) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

11. Para cualquier persona de 60 o más, o que esté recibiendo beneficios de discapacidad, envíe comprobante de nuevos gastos médicos (incurridos desde su última solicitud/revisión). ¿Sus gastos recurrentes (como recetas médicas) han cambiado a más de \$25? Sí No Si respondió sí, envíe comprobante.
12. ¿Usted tiene que pagar manutención de menores a alguien fuera del hogar? Sí No
Para SNAP, se requiere una orden del tribunal. Si usted paga manutención de menores y quiere una deducción por este gasto, envíe una copia de la orden del tribunal y comprobante de los pagos que hizo durante las últimas 4 semanas, o un impreso del tribunal de familia. Si no proporciona un comprobante, no le podremos dar la deducción.

Para FI, envíe comprobante de la cantidad del pago hecho durante las últimas 4 semanas. Si no proporciona un comprobante, no le podremos dar la deducción.

Avisos y Sanciones SNAP

- SE PROHIBE el uso de los beneficios de SNAP para la compra de productos no permitidos tales como bebidas alcohólicas o tabaco
- SE PROHIBE el uso de la tarjeta EBT para pagar comida cargada a una cuenta de crédito
- A los infractores de las reglas mencionadas anteriormente se les podría prohibir obtener beneficios de SNAP por un periodo de tiempo que va desde 1 año hasta permanentemente y se les podría imponer una multa de hasta \$250,000 o un periodo de encarcelamiento de hasta 20 años o ambas sanciones. Además un tribunal podría agregar una restricción de 18 meses durante los cuales al individuo se le impide participar en el programa de SNAP.
- SE PROHIBE el uso de los beneficios de SNAP para el comercio de armas de fuego, municiones o explosivos. El hacerlo podría resultar en la prohibición de obtener beneficios de SNAP en el futuro.
- SE PROHIBE el uso de los beneficios de SNAP para el comercio de drogas ilegales. El hacerlo podría resultar en la prohibición de obtener beneficios de SNAP durante un plazo de 24 meses por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.
- SE PROHIBE el cambio, la venta o compartir las tarjetas EBT o los beneficios de SNAP. Si un tribunal de justicias le encuentra culpable de vender beneficios de \$500 o más, usted será permanentemente inhabilitado para participar en el programa por la primera ofensa.
- SE PROHIBE recibir beneficios de SNAP durante el mismo mes en más de un estado. A cualquier persona hallada culpable de presentar una declaración o representación de identidad o residencia fraudulenta se le prohibirá obtener beneficios de SNAP durante un plazo de 10 años.
- Cualquier miembro de su hogar que intencionalmente rompa las reglas no podrá recibir SNAP durante 12 meses por la primera ofensa, 24 por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa.

Formulario de Recertificación/Redeterminación

Este formulario será considerado completo siempre y cuando tenga su nombre, dirección y firma.

- Responda todas las preguntas del formulario. Si no tiene suficiente espacio en el formulario para sus respuestas usted puede adjuntar una hoja adicional.
- Los formularios recibidos después de la fecha límite, o sin los comprobantes requeridos, serán considerados tarde/incompletos y esto puede retrasar sus beneficios de SNAP/FI para el mes siguiente.
- No reportar o verificar algún gasto deducible será considerado como una declaración de que su hogar no quiere recibir una deducción por ese gasto.
- El DSS no comparte con el Departamento de Seguridad Nacional (US Department of Homeland Security) los números de seguro social (SSN por sus siglas en inglés) ni el estado de ciudadanía/inmigración de personas que no estén solicitando ni de los que son inelegibles para beneficios.
- El DSS utilizará los números de Seguro Social en el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad y otros programas de verificación computarizada y revisiones. En el caso de que se encuentren discrepancias, puede que esta información se verifique a través de otras fuentes y además es posible que afecte a la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios.
- Esta información, incluyendo el número de seguro social (SSN por sus siglas en inglés) de cada miembro del hogar, está autorizado bajo el Acta de Alimentos y Nutrición de 2008. Esta información también será utilizada para monitorear el cumplimiento con las regulaciones del programa y el manejo del programa. Proporcionar la información solicitada, incluyendo el SSN de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, no proporcionar un SSN resultará en la denegación de beneficios de SNAP a cada persona que no proporcione un SSN. Cualquier SSN proporcionado será utilizado y revelado en la misma manera que los SSN de los miembros elegibles.
- Usted tiene el derecho a una apelación y a solicitar una audiencia imparcial. Si usted está en desacuerdo con los beneficios que usted recibe de parte nuestra, o si le han denegado o detenido los beneficios, usted puede pedir una Audiencia Imparcial. En la Audiencia Imparcial ambos usted y 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.

La Tarjeta de ePAY no debe ser utilizada en ninguna transacción electrónica:

- ninguna licorería;
- casino, casino de apuestas o establecimiento de juegos; ni
- establecimiento comercial de entretenimiento para adultos en el cual los que dan espectáculos se desvisten o están al desnudo para fines de entretenimiento

Declaración de No Discriminación

Esta institución tiene prohibido la discriminación en base a raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión y convicciones políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación con el USDA, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

Para cualquier otra información que se trata de asuntos relacionados con el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP por sus siglas en inglés), las personas se deben comunicar con la línea de ayuda del USDA SNAP al (800) 221-5689, también disponible en español, o llamar a los números de Información Estatal/Línea de Ayuda (haga clic en el enlace para una lista de números de líneas de ayuda por estado); se encuentra en el internet en www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que reciba asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TDD).

El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen 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, S.C. 29202-1520; o llame al (800) 311-7220 o al (803) 898-8080 o TDD: (800) 311-7219.