

AVISO DE VENCIMIENTO

Sus beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) vencerán el

Para recibir el SNAP o el TANF sin interrupción, debe completar y enviar por correo este formulario junto con todas las comprobantes de información, o llevarlo a cualquier oficina del Departamento de Servicios Sociales (DSS) tan pronto como sea posible. Debe enviarlo antes del

Si necesita ayuda con este formulario, llame al 1-800-616-1309.

<input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN - SOLO PARA LA OFICINA	SOLO PARA USO DE LA OFICINA Si se presenta tarde, ¿se acelera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Info. insuficiente	N.º de CO.	NOMBRE DEL CASO
				NÚMERO DEL CASO
				CERT. SNAP/TANF FECHA DE VALIDEZ

SECCIÓN 1: Información personal

Apellido:		Nombre:			Inicial del segundo nombre:	Sufijo:
N.º de teléfono de la casa:	N.º de teléfono celular:	Otro número de teléfono donde se lo pueda contactar:		Mejor horario para llamar:		
¿DÓNDE VIVE?						
Dirección: (Incluido el N.º de apartamento o lote)		Ciudad:	Estado:	Código postal:	País:	
¿Se ha mudado desde su última solicitud o renovación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
SI RECIBE SU CORREO EN OTRO LUGAR, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN.						
Dirección postal: (Si es diferente, incluya el N.º de apartamento o lote)		Ciudad:	Estado:	Código postal:	País:	
¿Esta es una nueva dirección postal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
<p>Certifico que las preguntas anteriores y posteriores en este formulario han sido contestadas de forma veraz y completa bajo pena de perjurio. Entiendo que la información dada en este formulario puede causar que mis beneficios del SNAP o del TANF se interrumpan o cambien. Doy permiso al Departamento de Servicios Sociales para que haga los contactos necesarios para comprobar mis declaraciones.</p>						
FIRMA: _____			FECHA: _____			

SECCIÓN 2: Información de los miembros del hogar

Haga una lista de todos los que viven con usted. Conteste todas las preguntas de la siguiente tabla para cada miembro de la familia. Es posible que se deba verificar la información sobre todos los miembros de la familia. Solo tiene que proporcionar el número de Seguro Social o la fecha del SS-5 y la condición de ciudadanía o migratoria de las personas solicitantes. El número de Seguro Social y la condición de ciudadanía o migratoria es voluntaria para los no solicitantes y las personas que no reúnen los requisitos de su hogar.

Nombre (primero, segundo, apellido) Enumere los nombres tal y como aparecen en la tarjeta del Seguro Social de la persona.	Relación con la persona de la línea 1	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo M/F	Hispano o latino	Código de la raza (elija uno o más)	Número de Seguro Social o fecha del SS-5	Ciego o discapacitado	Ciudadano de los EE. UU.	Estudiante	Trabaja	Incluido en el presupuesto
1.	(Yo 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

Raza: BL: negro o afroamericano; WH: blanco; AS: asiático; AI: indioamericano/nativo de Alaska; NH: nativo de Hawái u otra isla del Pacífico.

La recopilación de información étnica y racial del solicitante es voluntaria y no afectará a la elegibilidad o al nivel de beneficios que el solicitante pueda recibir. La información se recopila para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color o el origen nacional.

1. ¿Alguna de las personas mencionadas anteriormente está embarazada? Sí No
Si respondió sí, ¿quién?: _____ Fecha de alumbramiento: _____
2. ¿Alguna de las personas arriba mencionadas está viviendo en un ambiente especial como un refugio para mujeres y niños maltratados, refugio para personas sin hogar, centro de rehabilitación o tratamiento para drogas o alcohol (DAA), hogar grupal para personas ciegas o discapacitadas (GLA), u otra institución? Sí No
De ser sí, ¿quién?: _____ Tipo de instalación: _____
Nombre de la instalación: _____ Número de Teléfono: _____
3. ¿Hay alguien en su hogar que participe regularmente en un programa de drogas o alcohol? Sí No (Si es así, envíe evidencia) Si es así, ¿quién?: _____
4. ¿Alguien es dueño de un carro, camioneta, otros activos o terreno/edificios aparte de donde viven? Sí No
Si respondió sí, para TANF, ¿cuál es valor? \$ _____
5. ¿Cuánto dinero tiene el hogar en efectivo \$ _____, cuenta corriente \$ _____, y/o cuentas de ahorros \$ _____?
Para TANF, por favor proporcione el extracto de cuenta bancaria más reciente.
6. ¿Es usted o alguien que viva con usted un fugitivo o está en violación de su libertad condicional? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién?: _____
7. ¿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 a las drogas? Sí No
Si respondió sí, ¿quién?: _____
 - ¿Recibir TANF (beneficios en efectivo) o beneficios de SNAP de dos o más estados a la misma vez? Sí No
Si respondió sí, ¿quién?: _____
 - ¿Cambiar beneficios de SNAP por drogas? Sí No
Si respondió sí, ¿quién?: _____
 - ¿Comprar o vender beneficios de SNAP de más de \$500? Sí No
Si respondió sí, ¿quién?: _____
 - ¿Cambiar beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos? Sí No
Si respondió sí, ¿quién?: _____

SECCIÓN 3: SOLAMENTE para Asistencia Temporal para Familias Necesitadas

¿Hay alguna información nueva que deba informar sobre los padres ausentes? Sí No
En caso afirmativo, por favor complete la siguiente sección y enumere la información adicional. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel con información adicional, incluyendo el(los) nombre(s) del(los) padre(s) ausente(s).

Nombre, Última Dirección Conocida y Teléfono del Padre/Madre Ausente		Fecha de nacimiento	No. de Seguro Social
¿Es esta persona padre/madre legal del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador	Teléfono del Empleador
Niño(s)		Niño(s)	
Nombre, Última Dirección Conocida y Teléfono del Padre/Madre Ausente		Fecha de nacimiento	No. de Seguro Social
¿Es esta persona padre/madre legal del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador	Teléfono del Empleador
Niño(s)		Niño(s)	

Bajo pena de perjurio, por la presente doy fe de que la información antes provista es cierta y correcta a mi mejor saber y entender y se da con la finalidad de recibir servicios bajo el Título IV-D de la Ley de Seguro Social. Al firmar esta Solicitud del DSS por asistencia pública, entiendo que estas afirmaciones son ciertas y que se usarán en trámites legales contra el/la padre/madre ausente.

SECCIÓN 4: Cuéntenos acerca del Ingreso de su Hogar

1. ¿Usted o alguien en el hogar trabaja? Sí No **De ser sí, envíe todos los talones de pago recibidos en las últimas 4 semanas.** Complete la tabla que sigue para cada miembro de la unidad familiar que trabaje actualmente.

Nota: Si no recibe pagos en la forma de dinero por su trabajo, tales como trabajo en especie o voluntariado con una organización de voluntarios establecida, entonces pida a la persona para quien trabaja que llene esta sección).

Si el empleo ha terminado, por favor indique la razón por la cual terminó e información del empleador anterior: _____

Fecha de último Cheque: _____ Monto Bruto del Último Cheque: \$ _____

Si su empleo ha terminado, ¿usted ha solicitado beneficios de desempleo? Sí No

Nombre del trabajador:				Nombre del trabajador:									
Nombre y Dirección del Empleador				Nombre y Dirección del Empleador									
Número de Teléfono del Empleador:		Número de Fax del Empleador:		Número de Teléfono del Empleador:		Número de Fax del Empleador:							
Cantidad del Sueldo Antes de Impuestos de Cada Periodo de Pago: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual				Cantidad del Sueldo Antes de Impuestos de Cada Periodo de Pago: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual									
Horas Trabajadas Cada Semana: _____				Horas Trabajadas Cada Semana: _____									
	FECHA DE RECIBIDO EL			PAGO BRUTO	PROPINAS	HORAS TOTALES		FECHA PAGO RECIBIDO			PAGO BRUTO	PROPINAS	HORAS TOTALES
	MES	DÍA	AÑO					MES	DÍA	AÑO			
1.							1.						
2.							2.						
3.							3.						
4.							4.						
Firma del Empleador _____ No. Teléfono _____						Firma del Empleador _____ No. Teléfono _____							
Nombre impreso: _____						Nombre impreso: _____							

2. ¿Hay alguien en su hogar, entre 18 y 49 años, incapacitado para trabajar? Sí No

De ser sí, quién: _____

¿Por qué esta persona no puede trabajar? _____

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

De ser así, complete la tabla que sigue.

OTROS INGRESOS	CANTIDAD	¿CADA CUÁNTO RECIBE ESTE INGRESO?	¿QUIÉN RECIBE ESTE INGRESO?
Manutención Infantil (Voluntaria u ordenada por el tribunal)	\$		
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$		
Beneficios de Seguro Social	\$		
Beneficios de Desempleo	\$		
Beneficios de Veteranos	\$		
Otro: (Explique)	\$		

SECCIÓN 5: Cuéntenos acerca de los gastos de su hogar

Por favor liste cualquier gasto que usted u otra persona que viva con usted pague y envíe evidencia de los gastos.

ÍTEM	¿QUIÉN PAGA?	CANTIDAD	ÍTEM	¿QUIÉN PAGA?	CANTIDAD
Renta		\$	Hipoteca		\$
Tarifas de Condominio		\$	2nda Hipoteca		\$
Nombre del propietario:			Pago por Terreno		\$
Núm. de teléfono del propietario:			Impuestos/Avalúos no incluidos en pagos de propiedad		\$
Renta de Lote/Espacio:		\$	Seguro sobre la propiedad no incluido en los pagos		\$

- ¿Usted paga para calentar o enfriar su hogar Sí No
Si respondió sí, ¿cómo calienta o enfría su hogar? _____
- ¿Su hogar recibe asistencia del Programa de Asistencia con los Pagos de Energía (LIHEAP por sus siglas en inglés) Sí No
Si respondió NO a ambas preguntas arriba, ¿cuánto paga cada mes por servicios públicos, aparte del teléfono? \$ _____
- ¿Alguno paga por cuidado infantil o por el cuidado de un miembro del hogar adulto incapacitado? Sí No Envíe las facturas o recibos para el cuidado de dependientes y complete la información que sigue para el pasado mes.

¿Quién está al cuidado del cuidador?	¿Quién le paga al cuidador?:
Nombre del cuidador(a):	
Costo:	Frecuencia del pago:
Si no tiene recibos/facturas pida a la cuidadora que llene esta sección:	
Firma del cuidador:	Núm. de telefono:
Usted recibe un Vale SC Voucher? (Anteriormente conocido como ABC Child Care Voucher) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

- ¿Alguien en su hogar paga manutención infantil? Sí No De ser así, ¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Es ordenado por el tribunal? Sí No
- Si alguien en su hogar está discapacitado o tiene más de 60 años, ¿dicha persona tiene gastos médicos por encima de \$35.00 cada mes (obtenidos desde su última solicitud / recertificación)? Sí No Si es así, envíe prueba.

Avisos y Sanciones SNAP

- NO compre artículos no elegibles tales como bebidas alcohólicas o tabaco 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 ambas. 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 inelegible 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 quebrante intencionalmente estas reglas no podrá recibir SNAP por un periodo de 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda, y permanentemente por la tercera ofensa.

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
FORMULARIO DE PREFERENCIA DEL VOTANTE

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría hacer la solicitud para registrarse para votar? (Por favor marque una)

- Sí**, me gustaría registrarme para votar.
- Estoy registrado, pero **no** en mi dirección **actual**.
- No**, estoy registrado en mi dirección **actual**.
- No**, pero usaré la Solicitud de Registro de Votante por Correo.
- No**. No deseo registrarme para votar en este momento.
- No**. No soy elegible para votar.
- No**. Me estoy negando a registrarme.

SI NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Firma de solicitante/declinante

Fecha

Avisos importantes

- Si cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o declinar registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si va a registrarse o al solicitar registrarse para votar, o su derecho de elegir su preferencia de partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja con el siguiente: Director Ejecutivo en la Comisión Electoral del Estado de Carolina del Sur 1122 Lady Street, Suite 500 P.O. Box 5987 Columbia, SC 29205 o llamar al 803-734-9060 fax al 803-734-9366 o envíe un correo electrónico a elections@elections.sc.gov. Esta dirección es solo para quejas en relación a su derecho de votar.
- Si quisiera recibir ayuda para llenar la solicitud de registro del votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Para recibir ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de votante fuera de la oficina, llame al 1-800-616-1309.
- El hecho de hacer la solicitud para votar o declinar hacer la misma **no** afectará el monto de asistencia que le proporcionará esta agencia.
- Si se registra para votar, la ubicación donde se entregó su solicitud permanecerá confidencial. Si declina registrarse para votar, este hecho permanecerá confidencial. El hecho de hacer la solicitud para votar o declinar hacer la misma **solo** se usará para efectos del registro de votantes.

REGRESE ESTE FORMULARIO AL DSS:

South Carolina Department of Social Services
Centralized Scan Center
P.O. Box 100203
Columbia, SC 29202-3203

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.
- Usted tiene derecho a recibir un formulario de solicitud si lo solicita.
- 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/TANF para el mes siguiente. Si necesita ayuda para obtener la prueba solicitada, llame al número de teléfono en la primera página de este formulario.
- No reportar o verificar algún gasto deducible será considerado como una declaración de que su hogar no quiere recibir una deducción por ese gasto.
- Si aparece una letra grande "A" o "C" en la parte superior de la primera página de este formulario, los beneficios no se emitirán sin una entrevista. Recibirá una carta por correo con instrucciones sobre cómo completar su entrevista después de presentar este formulario con DSS. La falta de completar su entrevista puede resultar en un retraso o negación de beneficios.
- La información que usted entregue al DSS se mantendrá confidencial. Sin embargo, la información puede ser divulgada a otras agencias federales y estatales para propósitos de verificaciones oficiales y con agencias policiales para propósitos de detener criminales en fuga o violadores de libertad condicional. Usted está de acuerdo en que información confidencial sobre usted y/o su familia puede ser divulgada a otras organizaciones si están directamente relacionadas con el manejo de TANF y/o SNAP.
- El DSS no comparte números de Seguro Social (SSNs) o el estatus de ciudadanía o migratorio con el departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos para personas que no soliciten o individuos que no sean elegibles 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) 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 negación 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 negado o detenido los beneficios, usted puede pedir una Audiencia Imparcial. Usted también puede traer a un amigo, familiar o a un abogado para que lo represente. 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:
 - En 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.

Reportar Cambios

- Usted debe reportar al DSS ciertos cambios en sus circunstancias.
- Se considera que el no reportar cambios es una forma de ocultar información y esto le permitirá al DSS recuperar cualquier beneficio que se le haya pagado por error.
- Para reportar cambios entre renovaciones/revisiones, puede hacerlo por escrito, por teléfono, electrónicamente o utilizando el Formulario para Reportar Cambios (Change Report Form).

SNAP

Para Unidades familiares que deben recertificar cada seis meses, usted debe reportar cuando sus ingresos brutos totales excedan 130% del nivel de pobreza federal o cuando un ABAWD en su unidad familiar tenga horas de trabajo que sean menores a 20 horas por semana u 80 horas en promedio mensual, o cuando un miembro de su unidad familiar gane premios de lotería o apuestas en un solo juego en cantidades iguales o mayores a \$3500 antes de impuestos u otras retenciones. Estos cambios deben ser reportados para el décimo día del mes siguiente al cambio. Todos los otros cambios deben reportarse en la recertificación.

Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y Programa de Asistencia con Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA)

Reporte los siguientes cambios dentro de un plazo de **10 días**:

Un cambio de ingresos, horas de trabajo, tasa de pago o una nueva fuente de ingresos, un cambio de dirección o residencia o de personas que se instalen en su casa o que se muden fuera de la misma.

Reporte este cambio dentro de **5 días**:

- Cualquier miembro del hogar que esté viviendo temporalmente fuera del hogar y que haya decidido no volver a vivir en el hogar.

Declaración de No Discriminación

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos 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 discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] 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.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (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 al (800) 537-7697 (sistema TTY).

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.