

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
RENOVACIÓN SIMPLIFICADA PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD
AVISO DE VENCIMIENTO

Sus beneficios del Programa Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) vencerán el

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

	DATE RECEIVED – OFFICE ONLY	Si necesita ayuda con este formulario, llame al:	CO. NO.	CASE NAME
		1-888-898-0055		
				CASE NUMBER
				SNAP 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 SNAP sean cancelados o cambiados. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Sociales haga cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones.

Firma: _____ Fecha: _____

FAVOR IMPRIMIR

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

Apellidos:	Nombre:	2da Inicial:	Teléfono donde podamos contactarle ()	
Dirección: (Incluya Nro. de apartamento/lote)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Dirección de correo: (Si es diferente, incluya No. de apt/lote)	Ciudad:	Estado:	Código postal:	

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

Nombre del representante: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

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

Nombre (nombre, 2do nombre, apellidos) <small>Escriba los nombres como aparecen en la tarjeta de Seguro Social de la persona.</small>	Relación con la persona en la línea 1	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo M/F	¿Hispano o Latino?	* Código de raza (Elija uno o más)	Nro. de Seguro Social o fecha del SS-5	Ciego o discapacitado	Ciudadano de los EEUU	Asistiendo a la escuela	Trabajando	Incluir en Presupuesto
1.	(Usted)				Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
2.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
3.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
4.					Sí No			Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

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

¿Vive usted en un centro de tratamiento de drogas y alcohol o un centro de rehabilitación (DAA)? Sí No

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

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

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

4. ¿Tiene una tarjeta EBT? Sí No

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

Si respondió sí, mencione: _____

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

Sí No Si respondió sí, mencione:

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

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

Tipo de ingreso	¿Quién lo recibe?	Ingreso Bruto Mensual

9. Díganos sobre sus gastos de vivienda:

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

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

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

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

10. Díganos sobre sus gastos de servicios:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 normas 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 comprar o vender armas de fuego, municiones o explosivos. Si lo hace, no puede volver a recibir beneficios SNAP.
- **SE PROHIBE** el uso de los beneficios de SNAP para el comercio de drogas ilegales. **SE PROHIBE** intercambiar, vender o alterar las tarjetas de beneficio electrónicas (EBT). Si lo hace, no puede obtener beneficios de SNAP durante un plazo de 24 meses por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.
- **SE PROHIBE** intercambiar, vender o compartir las tarjetas EBT o los beneficios de SNAP. Si un tribunal de justicia le encuentra culpable de vender beneficios de \$500 o más, usted quedará 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. Cualquier persona hallada culpable de presentar una declaración, representación de identidad o residencia fraudulentas quedará inhabilitada para obtener beneficios de SNAP durante un plazo de 10 años.
- **Cualquier miembro de su hogar que incumpla las normas de forma intencional no podrá recibir SNAP durante 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y de forma permanente por la tercera ofensa.**

FORMULARIO DE RENOVACIÓN

Este formulario será considerado completo siempre y cuando contenga nombre, dirección y firma legibles.

- Responda todas las preguntas del formulario. Si no tiene suficiente espacio en el formulario para sus respuestas puede adjuntar una hoja adicional.
- Los formularios recibidos después de la fecha límite, o sin los comprobantes requeridos, serán considerados tardíos/incompletos, lo cual puede retrasar sus beneficios de SNAP para el mes siguiente.
- No reportar o verificar algún gasto deducible será considerado como una declaración de que su unidad familiar no quiere recibir una deducción por ese gasto.
- El DSS no comparte con el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security) los números de seguro social (SSN por sus siglas en inglés) ni el estatus de ciudadanía/inmigración de personas que no estén solicitando ni de aquellos que sean inelegibles para beneficios.
- El DSS utilizará los números de Seguro Social en el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad, así como otros programas de verificación computarizada y revisiones. En caso de que se encuentren discrepancias, puede que esta información se verifique a través de otras fuentes y además puede afectar 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 de la unidad familiar, está autorizada bajo la Ley de Alimentos y Nutrición del 2008. Esta información también será utilizada para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa y el manejo del mismo. La acción de proporcionar la información solicitada, incluyendo el SSN de cada miembro de la unidad familiar, es voluntaria. 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 está en desacuerdo con los beneficios que recibe de parte nuestra, o si le han negado o detenido los beneficios, puede pedir una Audiencia Imparcial. En la Audiencia Imparcial tanto usted como el DSS le informarán a un Oficial de Audiencias lo que ocurrió en su caso. La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una decisión sobre su caso.

DECLARACION DE NO DISCRIMINACION

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Usted también puede presentar una queja de discriminación comunicándose con el DSS. Escriba a: DSS Office of Civil Rights, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520; o llame al (800) 311-7220 o al (803) 898-8080 o TDD: (800) 311-7219.



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 hoy para registrarse para votar aquí? (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

- 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 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.
- 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.
- 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
Comisión Electoral del Estado de Carolina del Sur
1122 Lady Street, Suite
500 P.O. Box 5987
Columbia, SC 29205
Principal: (803) 734-9060 Fax: (803) 734-9366
Correo electrónico: elections@elections.sc.gov

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Cómo puede ayudarle el DSS con el proceso de registro de votante

Esta declaración explicativa se relaciona con la Ley de Registro Nacional de Votantes y se ha preparado con el fin de brindar información sobre la forma en la que el Departamento de Servicios Sociales puede ayudarle en el proceso de registro de votante.

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.

Si ha cambiado recientemente de dirección, tendrá que llenar una nueva Solicitud de Registro de Votante para quedar registrado de forma adecuada.

Usted tiene varias opciones para elegir si desea registrarse para votar. Hay asistencia disponible en persona en su oficina local del DSS, por teléfono y en línea.

- Las Solicitudes de Registro de Votantes se encuentran disponibles en cada oficina local del DSS del condado. Puede entregar una solicitud llena de registro de votante a cualquier oficina local del DSS o a la Junta de Registro y Elecciones del Condado donde usted reside.
- Para recibir asistencia del DSS por teléfono en cuanto al registro de votantes, llame al 1-800-616-1309.
- También puede registrarse para votar en www.scvotes.org si tiene una licencia de conducir válida de CS o una identificación emitida por el Departamento de Vehículos de Motor de CS.

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
Comisión Electoral del Estado de Carolina del Sur
1122 Lady Street, Suite
500 P.O. Box 5987
Columbia, SC 29205
Principal: (803) 734-9060 Fax: (803) 734-9366
Correo electrónico: elections@elections.sc.gov

Al votar en persona, se le pedirá mostrar una de las siguientes identificaciones con fotografía:

- Licencia de Conducir de Carolina del Sur
- Tarjeta de identidad del Departamento de Vehículos de Motor de Carolina del Sur
- Tarjeta de Registro de Votante de Carolina del Sur con foto
- Identificación Militar Federal
- Pasaporte de los Estados Unidos

Si ya tiene una de las identificaciones con foto anteriores, ya está listo para votar. Asegúrese de traer su identificación con usted a su lugar de votación.

Junta de Registro de Votantes y Elecciones del Condado

Abbeville

901 West Greenwood St.
Suite 2500
Abbeville, SC 29620
(864) 366-2400, ext. 53

Aiken

Post Office Box 3127
Aiken, SC 29802
(803) 642-2028

Allendale

158 McNair Street
Allendale SC 29810
(803) 584-4178

Anderson

Post Office Box 8002
Anderson SC 29622
(864) 260-4149

Bamberg

Post Office Box 947
Bamberg, SC 29003
(803) 245-3028

Barnwell

P.O. Box 668
Barnwell, SC 29812
(803) 541-1060

Beaufort

P.O. Drawer 1228
Beaufort, SC 29901
(843) 255-6900

Berkeley

PO Box 6122
Moncks Corner, SC
29461 (843) 719-4056

Calhoun

102 Courthouse Dr., Suite
115 St. Matthews SC 29135
803) 874-2929

Charleston

Post Office Box 71419
North Charleston, SC 29415
(843) 744-8683

Cherokee

110 Railroad Avenue
Gaffney, SC 29340
(864) 487-2563

Chester

Post Office Box 580
Chester, SC 29706
(803) 385-2562

Chesterfield

205 West Main Street
Chesterfield, SC 29709
(843) 623-2265

Clarendon

Post Office Box 548
Manning SC 29102
(803) 435-8215

Colleton

Post Office Box 97
Walterboro, SC 29488
(843) 549-2842

Darlington

131 Cashua Street
Darlington SC 29532
(843) 398-4900

Dillon

Post Office Box 973
Dillon SC 29536
(843) 774-1403

Dorchester

201 Johnston Street
St. George, SC 29477
(843) 563-0132

Edgefield

Post Office Box 442
Edgefield SC 29824-0442
(803) 637-4072

Fairfield

Post Office Drawer 60
Winnsboro, SC 29180
(803) 635-6255

Florence

219 Third Loop Road
Florence, SC 29505
(843) 665-3094

Georgetown

303 N. Hazard Street
Georgetown SC 29440
(843) 545-3339

Greenville

301 University Ridge, Suite 1900
Greenville SC 29601
(864) 467-7250

Greenwood

600 Monument Street
Box P-117
Greenwood SC 29646
(864) 942-8585

Hampton

201 Jackson Avenue West
Hampton, SC 29924
(803) 914-2080

Horry

1515 4th Avenue
Conway, SC 29526
(843) 915-5440

Jasper

Post Office Box 299
Ridgeland, SC 29936-0299
(843) 726-7709

Kershaw

609 Lafayette Avenue
Camden, SC 29020
(803) 424-4016

Lancaster

Post Office Box 1809
Lancaster SC 29721
(803) 285-2969

Laurens

Post Office Box 769
Laurens, SC 29360
(864) 984-4431

Lee

Post Office Box 309
Bishopville SC 29010
(803) 484-5341, Ext. 324

Lexington

605 West Main Street, Suite 105
Lexington SC 29072
(803) 785-8361

Marion

137 Airport Court, Suite E
Mullins SC 29574
(843) 423-8268

Marlboro

Post Office Box 502
Bennettsville, SC 29512
(843) 479-5612

McCormick

Post Office Box 636
McCormick, SC 29835
(864) 852-2089

Newberry

Post Office Box 147
Newberry SC 29108
(803) 321-2121

Oconee

415 South Pine Street
Walhalla SC 29691
(864) 638-4196

Orangeburg

Post Office Box 9000
Orangeburg SC 29116-9000
(803) 533-6210

Pickens

222 McDaniel Avenue B-9
Pickens SC 29671
(864) 898-5948

Richland

Post Office Box 192
Columbia, SC 29202
(803) 576-2240

Saluda

111 Law Range
Saluda SC 29138
(864) 445-4500, ext. 2200

Spartanburg

Post Office Box 1287
Spartanburg, SC 29304
(864) 596-2549

Sumter

141 North Main Street
Sumter SC 29150-4987
(803) 436-2313

Union

1246 S. Duncan Bypass, Suite B
Union SC 29379
(864) 429-1616

Williamsburg

5 Courthouse Square
Kingstree, SC 29556
(843) 355-6044

York

13 South Congress Street
York SC 29745
(803) 684-1242