Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para Personas Mayores en Georgia

Esta solicitud se usa para personas que solicitan para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) *(antes conocido como el programa de Cupones de Alimentos).* El Programa de SNAP para Personas Mayores en Georgia es un proyecto de solicitud simplificado para personas mayores, creado con el fin de hacerle más fácil a este grupo de personas obtener los beneficios de cupones de alimentos.

Para ser elegible para el programa de SNAP para Personas Mayores, todos en el hogar deben:

- tener 60 años o más;
- comprar y preparar sus comidas juntos;
  Y
- no tener ingresos derivados del trabajo.

Usted puede presentar esta solicitud al completar su nombre y dirección, y al firmar el formulario. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o requiere de asistencia para comunicarse con nosotros, llámenos al 404-370-6236 o envíe por correo su solicitud a Georgia Senior SNAP: P.O. Box 537, Avondale Estates, GA 30002. Si usted tiene discapacidad auditiva, llame a GA Relay al 1-800-255-0135. Nuestros servicios son gratuitos. Si usted está en una institución y está solicitando Cupones de Alimentos e Ingresos de Seguro Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) al mismo tiempo, el día de envío es la fecha en que le hayan dado de alta de la institución.

¿Puedo elegir a alguien para que solicite SNAP por mí?

Complete esta sección sólo si usted quiere que alguien llene su solicitud por usted como su representante autorizado.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Díganos quién es y dónde vive usted. Debemos poder comunicarnos con usted por teléfono.

Nombre	*Inicial del segundo nombre*	*Apellido*	*Sufijo*
Dirección donde vive			*Apartamento*
Ciudad	*Estado*		*Código postal*
Dirección postal (si es diferente)			
Ciudad	*Estado*		*Código postal*
Teléfono de la casa	*Otro número de contacto*		*Dirección de correo electrónico*
For Office Use Only (Sólo para uso oficial) (Fecha en la que fue recibido por el condado)		Date Received By the County	

¿Reúno los requisitos para recibir beneficios de SNAP más rápido?

Responda a estas preguntas acerca del solicitante y todos los miembros del hogar para ver si puede obtener los beneficios de SNAP en un plazo de 7 días.

¿Alguien en su hogar recibió dinero este mes? ☐Sí ☐No Si responde sí, ¿cuánto? _____ ¿Cuándo? _____

¿Cuánto dinero, en efectivo o en el banco, tienen usted y todos los otros miembros del hogar? $ _____

¿Cuánto pagan usted y todos los miembros del hogar por el alquiler o la hipoteca y todos los servicios públicos (electricidad, gas, agua, etc.)?

$

Información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar. Inclúyase usted (o la persona mencionada arriba en la primera línea).

NOMBRE: Primer nombre Inicial del segundo Apellido	Relación con usted	Número de Seguro Social (SSN) **(Ver la declaración abajo)**	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Edad	****Opcional**		¿Es usted ciudadano de los EE.UU., o residente legal con estatus migratorio satisfactorio? (S/N)
						Hispano Sí/No	Raza (Ver abajo)	
	USTED MISMO							

***** Advertencia de penalizaciones:** Las personas que están solicitando Cupones de Alimentos deben proporcionar o solicitar un número de Seguro Social como lo exige la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008. Vamos a verificar y utilizar su número de Seguro Social para compararlos con datos federales y estatales, incluyendo entre otros, la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos (VA), Departamento de Trabajo de Georgia, descalificaciones del programa, y para el cobro de las deudas por fraude. Asímismo, corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Se utilizarán contactos colaterales para verificar la información cuando se encuentren discrepancias. Si se ha presentado información de estado migratorio en su solicitud, dicha información puede estar sujeta a verificación a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) y requerirá la presentación de cierta información de esta solicitud a USCIS. ***** Opcional:** Recopilamos datos acerca de la raza, el color y la nacionalidad para así garantizar el cumplimiento con las leyes federales de los derechos civiles. Al proporcionar esta información, usted nos ayudará a administrar nuestros programas de una manera no discriminatoria. Su hogar no está obligado a proporcionar esta información y esto no afectará su elegibilidad ni el nivel de beneficios. **Elija uno o más códigos de raza:** AL-Nativos estadounidenses o de Alaska; AS-Asiático; BL-Negro o afroamericano; HP-Hawaiano o de otra isla del Pacífico; WH-Blanco.

Más información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar

1) ¿Alguien ha sido condenado por un delito grave relacionado con drogas, cometido después del 8/22/96?
Sí ❑ No ❑ Si responde sí,, el nombre de la persona: _____

2) ¿Hay alguien en su hogar que esté cumpliendo actualmente con una descalificación para Cupones de Alimentos por fraude? Sí ❑ No ❑ Si responde sí, el nombre de la persona:
_____

3) ¿Ha sido usted o alguien en su hogar condenado por dar información falsa sobre su domicilio y su identidad, con el fin de obtener múltiples beneficios de cupones de alimentos en más de un área, después del 8/22/96?
Sí ❑ No ❑ Si responde sí,, el nombre de la persona:_____cuándo:
_____dónde:_____

4) ¿Está alguien tratando de evitar un procesamiento o cárcel por un delito grave? Sí ❑ No ❑
Si responde sí, ¿quién? _____

5) ¿Está alguien violando las condiciones de su libertad a prueba o libertad condicional? Sí ❑ No ❑
Si responde sí, ¿quién? _____

6) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de Cupones de Alimentos a cambio de drogas, después del 8/22/96? Sí ❑ No ❑

7) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comprar o vender beneficios de Cupones de Alimentos por una cantidad superior de $500, después del 8/22/96? Sí ❑ No ❑

8) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de Cupones de Alimentos a cambio de armas, municiones o explosivos, después del 8/22/96? Sí ❑ No ❑

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud de Beneficios

Háblenos de los ingresos que recibe su familia

¿Alguien en su hogar recibe dinero de contribuciones, beneficios del Seguro Social, SSI, VA, manutención infantil, desempleo, jubilación u otro tipo de ingresos?

Sí ☐ No ☐ **Si responde sí, complete la tabla abajo.**

Nombre	Fuente	Monto bruto mensual (antes de impuestos y deducciones y la prima de Medicare)

Háblenos de sus gastos de vivienda y servicios públicos

	Sí	NO	Si responde sí, indique la cantidad mensual o anual
¿Su familia paga hipoteca?			
¿Su familia paga renta?			
¿Su familia paga impuestos sobre la propiedad de la casa?			
¿Su familia paga seguro de vivienda?			**Si responde sí, indique la cantidad mensual o anual**
¿Su familia paga costos de calefacción y aire acondicionado?			
¿Si su familia no paga costos de calefacción o aire acondicionado, paga usted otros servicios públicos?			**Si responde sí, indique los costos de servicios públicos que paga y el monto que paga a continuación.**

Háblenos de sus gastos médicos

¿Tiene su familia gastos médicos de su propio bolsillo de más de $35 por mes? Sí ❑ No ❑

¿Usted paga una prima de Medicare? Sí ❑ No ❑

Si responde sí, complete la tabla abajo. Vamos a necesitar un comprobante de sus gastos médicos. Usted puede ser potencialmente elegible para recibir más beneficios.

Persona que tiene el gasto	Tipo de gasto (Médico, hospital, recetas médicas, prima de Medicare, transporte)	Cantidad Adeudada

¿Usted o alguien en su hogar paga por obligación legal de manutención infantil a alguien que viva fuera de su casa? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿quién y cuánto por mes? _____

Para obtener más información acerca de los Servicios Comunitarios de TANF, llame al 1-877-423-4746 o visite nuestro sitio web en: http://www.dfcs.dhr.georgia.gov.

Sólo los ciudadanos estadounidenses y extranjeros calificados son elegibles para recibir beneficios de SNAP. No necesita incluir en su solicitud de ayuda a quienes no sean ciudadanos o extranjeros calificados. Estas personas no serán informadas a la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas. La elegibilidad de los no ciudadanos incluidos en su solicitud se determinará conforme a las reglas de SNAP. Los ingresos y recursos de todas las personas de su hogar serán considerados para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Certifico que cada solicitante incluido en mi hogar es un ciudadano estadounidense o extranjero con estatus migratorio legal y que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia haga una revisión completa de mi caso y todos los contactos necesarios para verificar mis declaraciones. Sé que puedo ser penalizado si doy información falsa. Certifico que la agencia me ha proporcionado el folleto de Derechos y Responsabilidades.

_____	_____	_____
Firma del solicitante	Fecha	Firma del testigo si firmó con una marca
_____	_____	_____
Firma del representante autorizado	Fecha	Firma del testigo si firmó con una marca

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES DE SNAP

Puede perder sus beneficios o ser sometido a enjuiciamiento penal si a sabiendas proporciona información falsa.

- No dé información falsa ni oculte información para recibir beneficios que su hogar no debe recibir.
- No utilice los beneficios de Cupones de Alimentos o la tarjeta de EBT de otra persona ni permita que otra persona use los suyos.
- No use los beneficios de Cupones de Alimentos para comprar artículos no alimenticios como alcohol y tabaco, ni para pagar cuentas de tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda Cupones de Alimentos o tarjetas de EBT por objetos ilegales tales como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier miembro del hogar que rompa intencionalmente alguna de las reglas de SNAP para personas mayores (programa de cupones de alimentos), podría ser excluido del Programa de Cupones de Alimentos por un período de un año o permanentemente; podría ser multado por una cantidad de hasta $250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años, o ambos. Asimismo, podría ser procesado bajo otras leyes federales y estatales correspondientes y podría ser excluido del programa de Cupones de Alimentos por 18 meses adicionales, si lo ordenara el tribunal.

Cualquier miembro del hogar que rompa intencionalmente las reglas, podría dejar de recibir Cupones de Alimentos por un período de un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera infracción.

Si un tribunal de justicia considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de usar o recibir beneficios de cupones de alimentos en una transacción que involucre la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro familiar no serán elegibles para los beneficios por un período de dos años por la primera infracción y de forma permanente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucre la venta de armas, municiones o explosivos, usted o ese miembro familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si un tribunal de justicia lo considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de haber traficado beneficios por un monto igual o superior a $500, usted o ese miembro familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si se descubre que usted o algún miembro de su hogar ha hecho declaraciones o representaciones fraudulentas acerca de su identidad (quiénes son) o su domicilio (dónde viven), con el fin de obtener múltiples beneficios de Cupones de Alimentos, usted o ese miembro familiar serán inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un período de 10 años.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

"Conforme a las leyes federales y a la política del **Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA**, por sus siglas en inglés) **y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS**, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, origen, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión y creencias políticas. "El Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe discriminar a sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por razones de raza, color, nación de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y cuando aplique, por creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o de si todos o parte de los ingresos de una persona se derivan de algún programa de asistencia pública, o por información genética protegida en cuanto a empleos o a cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las razones se aplicarán a todos los programas o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja de discriminación de Derechos Civiles en un programa, llene el *Formulario de Queja por Discriminación* en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html,o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para pedir el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información que se pide en el formulario. Envíenos su formulario de queja completada o carta por correo al U.S Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 o envíe un correo electrónico a: program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, que tengan dificultades auditivas, o discapacidades del lenguaje pueden ponerse en contacto con el USDA por medio del Servicio Federal de Transmisión de Información (Federal Relay Service) llamando al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (en español).

Para cualquier otra información que tenga que ver con el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) las personas deben comunicarse con la línea directa de USDA SNAP al (800) 221-5689, la cual tiene disponibilidad en español, o hacer clic en el enlace para una lista de la información del estado/líneas directas de ayuda enhttp://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación relacionada a un programa que reciba asistencia federal financiera a través del Departamento de Salud y Departamento de Servicios Humanos (HHS) escriba a: HHS, Director, Office of 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 (TTY).

USDA y HHS son empleadores de igualdad de oportunidades.

También puede presentar una queja por discriminación ante el **Programa de Derechos Civiles de DFCS** en la siguiente dirección: DFCS Civil Rights Program, Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 o llame al (404) 657-3735 o por fax (404) 463-3978. Para servicios de conocimiento limitado del inglés y discapacidad sensorial, comuníquese con el Programa de Conocimiento Limitado del Inglés y Discapacidad Sensorial de DHS al: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 o llame al: (404)-657-5244 o envíe un fax al: (404)-651-6815.

Según la política del Departamento de Salud Comunitaria (DCH), el programa de Medicaid no puede negarle la elegibilidad o los beneficios por motivos de raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas. Para denunciar discriminación sobre elegibilidad para Medicaid o discriminación por parte de un proveedor, llame a la Oficina del Programa de Integridad del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al 404-463-7590 (número local) o 800-533-0686 (número gratuito).