

FOR OFFICE USE ONLY:	
Case Number: _____	Date Received: _____
Appointment Date: _____	Time: _____
303B: <input type="checkbox"/> Initials: _____	530: <input type="checkbox"/> Initials: _____



**SOLICITUD DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP)**

Nombre _____ No. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de Residencia _____
Ciudad Estado Código Postal

Dirección de correo _____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____ Celular Si No 2^{do} Teléfono _____ Celular Si No Tel. de Contacto _____ Celular Si No

¿Le gustaría recibir avisos por correo electrónico? Si No Si es así, correo electrónico: _____

¿Para cuáles beneficios está aplicando? TANF SNAP Antes de que podamos determinar su elegibilidad, usted debe ser entrevistado. Usted será entrevistado por teléfono, al menos que solicite una entrevista de cara-a-cara. Usted puede presentar una solicitud conjunta de SNAP y TANF o puede presentar una solicitud separada para ambos programas.

SNAP

Usted puede presentar su solicitud inmediatamente al entregar el formulario a la oficina local del condado ya sea personalmente, por medio de un representante autorizado, por fax, en la red, o por email, o con tal que tengamos su nombre, dirección y la firma. La fecha de entrega de la solicitud es considerada como el día en que nosotros recibimos este formulario en nuestras oficinas, y los beneficios son proporcionados desde ese día, si es determinado elegible. Sin embargo, cuando un residente de una institución aplica conjuntamente por SSI y SNAP antes de que deje la institución, la fecha de entrega de la solicitud debe ser considerada como el día de su despido de la institución. Estamos obligados a verificar la información que usted provee y tomar medidas dentro de 30 días desde la fecha que su solicitud es recibida, al menos que usted tenga derecho a recibir beneficios dentro de 7 días. **USTED PUEDE RECIBIR SNAP DENTRO DE 7 DÍAS** si los ingresos brutos mensuales de su hogar son menos de \$150 y los recursos de su hogar como dinero en efectivo y cuentas de cheque y ahorro son de \$100 o menos; o si su renta/hipoteca y servicios públicos son más del ingreso bruto mensual combinado de su familia y recursos en efectivo u otros; o si usted es un emigrante o trabajador agrícola del hogar; y usted verifica su identidad. Todas las solicitudes de SNAP, sin importar que sean solicitudes conjuntas o solicitudes separadas, serán procesadas de acuerdo a las regulaciones de SNAP, y periodos de tiempo y no afectaran si TANF es denegado.

TANF

Para comenzar su solicitud, complete la sección de arriba y firme abajo. Estamos obligados a tomar medidas dentro de 30 días desde el día que usted entregue este formulario.

Al Firmar y poner la fecha en esta solicitud, estoy dando mi consentimiento para que los registros de asistencia de los niños identificados en esta solicitud sean revelados por el Departamento de Educación de Mississippi al Departamento de Servicios Humanos de Mississippi para el uso del Departamento de Servicios Humanos de Mississippi para determinar el cumplimiento con los requisitos de asistencia escolar en el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).

Sólo los ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros calificados son elegibles para los beneficios de SNAP. Cualquier persona que no sea ciudadano(a) o un extranjero no calificado puede ser dejado fuera de la solicitud para asistencia. Dichas personas no serán reportadas a la Agencia de Inmigración y Aduanas. Las personas que no son ciudadanas incluidas en su solicitud tendrán elegibilidad determinada bajo las reglas de SNAP. Los Ingresos y recursos de todas las personas en su hogar serán considerados en la determinación de elegibilidad para personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Yo certifico que cada solicitante incluido en mi hogar es un ciudadano de los Estados Unidos o extranjero que tiene el estatus legal de inmigración y que la información proporcionada es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo doy permiso al Departamento de Servicios Humanos que haga una revisión completa de mi caso y cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Yo doy mi consentimiento para la verificación de ingresos a MDHS para todos los miembros del hogar que son mayores de 18. Yo entiendo que, si doy información falsa o incorrecta, puedo ser penalizado, mi caso puede ser denegado, y puedo ser sujeto a un proceso penal. Yo certifico que recibí la hoja acerca de los Derechos y Responsabilidades de esta agencia

Firma del Solicitante Fecha Firma del testigo si es firmado por una marca

Firma del Representante Autorizado Fecha Firma del testigo si es firmado por una marca
ó Segundo Padre en TANF

SNAP Outreach Agency Code _____

FOR OFFICE USE ONLY:

CASE NUMBER: _____

DATE

RECEIVED: _____

Ingresos

- ¿Usted o alguna persona por la que está solicitando recibe algún tipo de ingreso como: salarios, propinas, bonos, trabajo propio, o algún otro tipo de ingreso? Si No Si es así, ¿Cuánto? \$ _____
- ¿Usted o alguna persona por la que está solicitando recibe algún tipo de ingreso no-ganado (dinero por el cual no trabaja) como: seguro social / jubilación ferroviaria, otra discapacidad, ingresos de VA, pensiones, desempleo, pensión alimenticia, manutención infantil, dinero de otras personas (regalos en efectivo), compensación del trabajador? Si No Si es así, ¿Cuánto? \$ _____
- ¿Alguien está anticipando recibir ingresos más adelante en este mes? Si No Si es así, ¿Cuánto? \$ _____
- ¿El único ingreso de su hogar es de un trabajo migrante o un trabajo agrícola temporal? Si No

Recursos

- ¿Usted o alguna persona por la que está solicitando tiene algún tipo de recurso? como: dinero en mano, cuenta de cheques o ahorro, certificados de ahorros Si No Si es así, ¿Cuánto? \$ _____
Tenga en cuenta que en la entrevista deberá divulgar cualquier cuenta IRA, monedas valiosas, acciones o bonos, pagos no recurrentes a tanto alzado, vehículos recreativos (bote, motos de 4 ruedas, vehículos de todo terreno), bienes personales, edificios y terrenos, propiedades recreativas que le pertenecen a usted o a cualquier persona que este solicitando.

Gastos

- Dé los montos de los gastos reales: Renta/Hipoteca \$ _____ Electricidad \$ _____ Gas \$ _____ Agua \$ _____ Tel. \$ _____
- ¿Usted o por la persona que está solicitando paga por el cuidado de un hijo dependiente o a un miembro discapacitado del hogar? Si No
- Hay alguien mayor de 60 años o discapacitado que tiene gastos médicos que exceden de \$35 como: visitas al médico, visitas al hospital, medicamentos, primas de Medicare, primas de seguro de salud, anteojos, dentadura postiza, aparato auditivo, primas de recetas de la parte D, gastos de transportación al médico o al hospital; ¿recoge medicamentos en la farmacia? Si No

Preguntas Adicionales

1. ¿Es usted sordo, tiene problemas de audición o necesita servicios de interpretación? Si No
2. ¿Hay alguien en su hogar que actualmente cumple una descalificación del programa de SNAP por razones de fraude? Si No
3. ¿Usted o algún miembro del hogar está escondiéndose o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, ser arrestado, ir a la cárcel por un delito criminal o por un atentado delito criminal, o por violar una condición o libertad condicional? Si No
4. ¿Es usted o algún miembro de su hogar un residente de un comercial de casa de huéspedes (establecimiento que ofrece almuerzos y alojamiento por compensación con la intención de hacer una ganancia)? Si No
5. ¿Está usted o algún miembro de su hogar en huelga de trabajo? Si No
6. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por uno de los siguientes delitos después del 22-08-96 (Seleccione los que aplican):
 por negociar los beneficios de SNAP por drogas por haber recibido beneficios duplicados de SNAP en algún otro estado
 Por comprar y vender los beneficios de SNAP por más de \$500 por comerciar los beneficios de SNAP por armas, municiones, o explosivos
7. ¿Ha sido condenado usted o algún miembro de su familia por alguno de los siguientes puntos después del 07/02/14 (Seleccione los que aplican):
 abuso sexual agravado explotación sexual y otro tipo de abusos a niños
 abuso sexual asesinato

FOR OFFICE USE ONLY:

CASE NUMBER: _____ DATE RECEIVED: _____

Listar para quienes usted está aplicando empezando con el líder del hogar

Nombre (1 ^{er} Nombre, Apellido)	RELACIÓN	NUMERO DE SEGURO SOCIAL *VEA LA NOTA DE ABAJO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	**OPCIONAL		CIUDADANO de EE.UU. Sí o No
						HISPANO Sí o No	RAZA (***)Escoja una o más	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

**Información acerca de Etnicidad y Raza no es requerida y no será usada en la determinación de su elegibilidad o nivel de beneficios. Esta información será usada para determinar qué tan eficaz es el programa en alcanzar a la población elegible.

*** Códigos de Raza: **AL**-Indio Americano/Nativo de Alaska; **AS**-Asiático; **BL**-Afroamericano; **HP**-Hawaiano o Isleño Pacífico; **WH**-Blanco **OT**-Otro

Liste cualquier persona en su hogar que no va a ser incluido en esta solicitud

Nombre (1 ^{er} Nombre, Apellido)	Relación con el líder del hogar	Edad	Nombre (1 ^{er} Nombre, Apellido)	Relación con el líder del hogar	Edad

Representante Autorizado de SNAP

Usted puede nombrar a alguien fuera de su hogar que represente su hogar para hacer una solicitud o ser entrevistado. Esta persona debe conocer la situación de su hogar lo suficientemente bien para proveer cualquier información necesaria para determinar su elegibilidad para SNAP. Usted es responsable por la información que cualquier persona actuando como su representante proporcione, incluyendo cualquier información que sea incorrecta.

Me gustaría nombrar a: 1. Nombre _____ Núm. De Teléfono _____
2. Nombre _____ Núm. De Teléfono _____

Representante de Beneficios de SNAP

Usted puede nombrar a alguien fuera de su hogar para que tenga acceso a los beneficios de SNAP de su hogar en la cuenta de la Tarjeta de Transferencia (EBT). A esta persona se la emitirá una tarjeta EBT la cual les permite el uso total de su cuenta sin su consentimiento inmediato. Beneficios mal usados por esta persona(s) no pueden ser reemplazados.

Me gustaría nombrar a: 1. Nombre _____ Núm. De Teléfono _____
2. Nombre _____ Núm. De Teléfono _____

FOR OFFICE USE ONLY:

CASE NUMBER: _____

DATE

RECEIVED: _____

Como parte del proceso de elegibilidad para SNAP, entiendo que ciertos miembros del hogar incluyendo yo mismo serán elegibles para recibir los beneficios de SNAP sólo si siguen los requisitos para registrarse para empleo, buscar empleo, y/o aceptar empleo adecuado, al menos que algún miembro del hogar cumple con una exención de trabajo. Entiendo que servicios de búsqueda de empleo son disponibles a través del Departamento de Seguro de Empleo de MS, y que se me puede requerir completar los requisitos para buscar un empleo más adelante. Aceptare una oferta de trabajo adecuado no importa si lo he recibido a través de mi propio esfuerzo o a través de una derivación de un empleo y referencia de entrenamiento. Entiendo que el incumplimiento con los requisitos para registrarse para empleo puede resultar en la descalificación de un miembro del hogar o de todo el hogar de SNAP, y que yo explicaré estos requisitos de trabajo a mi hogar.

Yo entiendo que la información incluida en esta solicitud puede ser revelada a otras Agencias Estatales y Federales para un examen oficial, y para los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el propósito de arrestar personas que huyen para eludir las reglas. Yo entiendo que, si un reclamo de SNAP/TANF surge contra mi hogar, la información en esta solicitud, incluyendo Números de Seguro Social, pueden ser referidos a las Agencias Federales y Estatales, como también a agencias privadas de colección y reclamo de cobros, para reclamos de cobro.

La información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IVES, por sus siglas en inglés) se usará para verificar las declaraciones que usted proporcione en esta solicitud con respecto a los ingresos del hogar. La información disponible a través de IEVS se solicitará, utilizará y podrá verificarse a través de contactos colaterales cuando MDHS detecte discrepancias. **Además, la información que usted proporcione con respecto a los ingresos, gastos o recursos financieros del hogar está sujeta a verificación a través de bases de datos electrónicos de terceros.** Dicha información puede afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de los beneficios.

La información que proporcione en esta solicitud con respecto al estado de extranjero de los miembros del hogar puede estar sujeta a verificación por parte del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) a través del uso del Sistema de Verificación y Titulación de Extranjeros Sistemáticos (SAVE). La información enviada por USCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de los beneficios.

*** ADVERTENCIA PENAL ***

ADVERTENCIA PENAL: *Un Número de Seguro Social (SSN) debe ser proveído o aplicado para cada persona que solicita asistencia según el Acta de Nutrición y Alimentos de 2008. Los números de Seguro Social serán usados y verificados con los datos Federales y Estatales incluyendo, pero no limitado a, Seguro Social, el Departamento de Servicios Internos, VA, el Departamento de Seguro de Empleo de MS, verificación de recursos/ingresos, y descalificaciones del programa, y para recaudar deudas de fraude. Las leyes Federales y Estatales proveen multas, encarcelamiento o ambas para cualquier persona culpable de obtener asistencia de la cual él/ella no tiene el derecho a retener deliberadamente o dar información falsa. La información puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando se encuentran discrepancias. El estatus extranjero de personas solicitando beneficios es sujeto a verificación con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración (USCIS) de los Estados Unidos y requerirá la presentación de cierta información de esta solicitud a USCIS.

ADVERTENCIA PENAL DE SNAP: Si su hogar recibe SNAP, debe seguir las reglas listadas abajo. Cualquier miembro de su hogar que quiebre cualquiera de estas reglas intencionalmente puede ser prohibido de participar en SNAP por un año después de la primera ofensa, 2 años después de la segunda ofensa, y permanentemente después de la tercera ofensa; con multa hasta de \$250,000, encarcelamiento hasta 20 años o ambos; y sujeto a juicio bajo otras leyes federales.

NO de información falsa, u oculte información para recibir o continuar recibiendo los beneficios de SNAP. NO intercambie o venda las tarjetas de EBT. NO altere las tarjetas de EBT para recibir los beneficios de SNAP para cuales usted no tiene derecho a recibir. NO use los beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles como alcohol y tabaco o para pagar cuentas de crédito de comida. NO use los beneficios de SNAP de otras personas o la tarjeta EBT para su hogar.

Los individuos determinados por una corte que han cometido las siguientes violaciones del programa serán sujetos a las siguientes penalidades:

- Si se le encuentra que uso o recibió beneficios en una transacción que implica la venta de una sustancia controlada, usted será inelegible de recibir los beneficios SNAP por un periodo de dos años por la primera ofensa y permanentemente por la segunda ofensa.
- Si se le encuentra que ha usado o recibido beneficios en una transacción que implica en la venta de armas de fuego, artillería o explosivos, usted será inelegible permanentemente de recibir beneficios SNAP en la primera ocasión de tal violación.
- Si se le encuentra culpable de tráfico de beneficios por una cantidad agregada de \$500 o más, usted será inelegible permanentemente de recibir beneficios en la primera ocasión de tal violación.
- Si se le encuentra que ha dado una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad o lugar de residencia con el fin de recibir beneficios múltiples de SNAP simultáneamente, será inelegible a participar en el programa por un periodo de 10 años.

Yo certifico bajo pena de perjurio que las respuestas a todas las preguntas acerca de cada miembro de mi hogar, incluyendo las preguntas acerca de ciudadanía o estatus de extranjero, son correctas y completas.

Firma del miembro del hogar o una marca (X): _____ Fecha: _____

Testigo si es firmada por una marca: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

CASE NUMBER: _____

DATE

RECEIVED: _____

Declaración de no Discriminación de USDA

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades de derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Personas con discapacidad que requieren medios alternativos de comunicación para información del programa (Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americanos, etc.) deben contactar la agencia (Estatal o Local) donde ellos aplicaron por sus beneficios. Personas que son sordas, con discapacidad auditiva o discapacidades del habla pueden contactar a USDA a través de Federal Relay Service al (800)877-8339. Adicionalmente, información acerca del programa puede estar disponible en otros lenguajes además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación, llene el Formulario de Queja de Discriminación del Programa (AD-3027) que se encuentra en: Cómo presentar una queja, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo 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; or
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a la Información del Estado / Números de la Línea Directa (haga clic en el enlace para una lista de números de línea directa por estado); encontrado en línea en: SNAP Hotline.

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., Escriba a: Director de HHS, Oficina de Derechos Civiles, Sala 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.