

El Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) ayuda a las personas que no tienen o tienen poco dinero a comprar alimentos para comidas saludables en las tiendas que participan en el programa. Los beneficios de SNAP aumentan el poder de una unidad familiar para comprar alimentos cuando se agregan al dinero de la unidad familiar.

Una unidad familiar (*household*) significa cualquier persona, familia o grupo de personas que viven, compran y comen las comidas conjuntamente. Cualquier unidad familiar que reúna los criterios básicos de ingresos y otros criterios podría calificar para recibir beneficios de SNAP.

**Para solicitar SNAP:**

- **Llame al 1-855-306-8959; o**
- **Inicie su solicitud en Internet en <https://benefind.ky.gov/>; o**
- **Visite su oficina local del DCBS para solicitar en persona; o**
- **Imprima en papel la solicitud que aparece en la próxima página, llénela y entréguela en su oficina local del DCBS, o envíela por correo a: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602**

**Si no habla inglés o tiene una discapacidad, usted puede solicitar asistencia lingüística y/u otros servicios gratuitamente. Para recibir servicios de interpretación gratuitos, llame al 1-866-291-8931. Para otro tipo de ayuda, llame al 1-855-306-8959 o al (TTY) 1-800-627-4720. Después del mensaje grabado, usted podrá hablar con alguien que le ayudará con un intérprete.**

Si solicita en Internet o imprime una solicitud de Internet para entregar, se necesita hacer una entrevista antes de poder procesar la solicitud. La ubicación y dirección postal de cada oficina de Apoyo a Familias aparecen [aquí](#). Los beneficios empezarán a partir de la fecha en que se recibe su solicitud.

Su unidad familiar puede nombrar a alguien para ser su representante autorizado y actuar en nombre de usted a la hora de completar la entrevista para los beneficios de SNAP y usar sus beneficios para comprar alimentos para su unidad familiar.

Si su unidad familiar necesita ayuda inmediatamente, es posible que reciba los beneficios de SNAP en unos pocos días después de solicitarlos, si:

- El alquiler/la hipoteca y los gastos de los servicios de la vivienda de su unidad familiar son más de su ingreso bruto mensual; o
- El ingreso bruto mensual de su unidad familiar es menos de \$150 y recursos, tales como dinero en efectivo o cuentas bancarias, tienen un total de \$100 o menos; o
- Su unidad familiar incluye miembros que son trabajadores agrícolas migrantes o de temporada en situación de indigencia.

Los solicitantes al programa SNAP tienen el derecho de:

- Entregar la solicitud de SNAP el mismo día que usted se comunica con el DCBS para solicitar.
- Ser notificado si el SNAP es aprobado o negado en el plazo de 30 días a partir del momento en que hace la solicitud.
- Recibir beneficios de SNAP en unos pocos días si usted califica, no tiene o tiene poco dinero, y reúne ciertos criterios de ingresos.
- Pedir una audiencia imparcial, si usted está en desacuerdo con cualquier acción que se toma en su caso.

Para más información acerca de SNAP, comuníquese con el DCBS al 1-855-306-8959.

De acuerdo con las leyes Federales de los derechos civiles y los reglamentos y política de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar a base de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, así como llevar a cabo represalias o acciones vengativas en el marco de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA debido a alguna actividad en el pasado relacionada con los derechos civiles.

Las personas con discapacidades que necesitan de medios de comunicación alternativos para acceder a información del programa (p. ej. Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben ponerse en contacto con la entidad (ya sea estatal o local) a la que acudieron para solicitar los beneficios. Las personas sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339. Asimismo, es posible que se pueda acceder a información del programa en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, llene el formulario [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (AD-3027), que se puede encontrar en Internet en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información pedida en el formulario. Para pedir una copia de formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Entregue el formulario llenado o la 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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

También puede enviar su queja a: Cabinet for Health and Family Services, Office of Human Resource Management, EEO Compliance Branch, 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 o llame al (502) 564-7770 extensión 4107.

Si tiene otras quejas acerca de su caso de SNAP, puede llamar a la oficina del Defensor del Pueblo (*Ombudsman*) al 1-800-372-2973 o (TTY) 1-800-627-4702.

Si no está de acuerdo con algo que **hemos hecho** en su solicitud de SNAP, usted puede pedir una audiencia **en el plazo de 90 días** a partir de la fecha en que usted recibe un aviso de nosotros acerca de su solicitud de SNAP. Para pedir una audiencia:

Llame al 1-855-306-8959; **○**

Escriba la razón por la que solicita una audiencia, firme y feche el papel, y: Entréguelo en cualquier oficina del DCBS; **○**

Envíelo por correo a:

Cabinet for Health and Family Services  
Division of Administrative Hearings  
Families and Children Administrative Hearings Branch  
105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601

## Solicitud para el Programa SNAP

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) es un programa que le ayuda a comprar alimentos para una buena salud.

**Si usted tiene dificultad en comunicarse con nosotros porque no habla inglés o tiene una discapacidad, por favor háganos saber. Se dispone de ayuda gratuita con el idioma u otras ayudas y servicios al solicitarlos.**

### ¿Cómo puedo obtener los beneficios del programa SNAP?

**Paso 1.** Llene una solicitud.

Cualquier persona puede llenar una solicitud. Conteste tantas preguntas como usted pueda. **Si usted está solicitando los beneficios de SNAP y no puede llenar las 9 páginas de la solicitud hoy, asegúrese de llenar esta hoja, firmarla y entregarla. Llene y entregue el resto de la solicitud (páginas 2-9) lo más pronto que pueda.**

**Paso 2.** Devuélvanos la solicitud.

Usted puede enviar su solicitud por fax al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS, por sus siglas en inglés) al (502) 573-2007 o enviarla por correo a la siguiente dirección: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602. O usted puede entregar su solicitud en la oficina local del DCBS cuando ésta esté abierta. Cuando recibamos su solicitud, usted recibirá instrucciones para completar una entrevista. Usted tiene el derecho de saber pronto si recibirá beneficios o no. **El día en que recibamos esta página con su nombre, dirección y su firma comienza el plazo de tiempo que tenemos para determinar si usted es elegible para los beneficios de SNAP. Esta es también la fecha de inicio de sus beneficios de SNAP si usted es elegible para ellos.**

**Paso 3.** Hable con nosotros.

En la entrevista, usted tiene que mostrarnos:

- Verificación de quién es usted, tales como su licencia de conducir, tarjeta de Seguro Social\* o documentos de inmigración;
- Verificación de quiénes viven en su hogar, tales como un contrato o una declaración por escrito;
- Verificación de que usted vive en Kentucky;
- Verificación de costos de cuidado infantil o manutención infantil pagada;
- Verificación de sus gastos de subsistencia; y
- Verificación de dinero que usted ha recibido en los últimos 60 días, incluyendo cualquier talón de cheque.

**Si usted no puede traer todo esto, acuda a la entrevista de todos modos. Nosotros le ayudaremos.**

### \*Información sobre los números de Seguro Social

Usted puede optar por darnos el número de Seguro Social de cada persona en su hogar. Solamente podemos ofrecer beneficios de SNAP a las personas que nos den su número de Seguro Social o un comprobante de que han solicitado un número de Seguro Social. Usted no tiene que darnos el número de Seguro Social para las personas para quienes usted no quiere los beneficios de SNAP.

### Denos información acerca de usted

**Nombre Legal:**

\_\_\_\_\_  
(Apellido(s)) (Primer nombre) (Inicial del 2.º nombre) (Número de Seguro Social)  
\_\_\_\_\_  
(Fec. Nac., mes/día/año) (Dirección postal) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)  
Condado de domicilio \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Suyo Cercano

Si su dirección de domicilio es diferente a la dirección postal, escríbala abajo:

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Firma/Marca (X)

Testigo (si está firmado con una X)

La fecha de hoy (mes/día/año)

/ /

\*Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame al (855) 306-8959. Puede encontrar información acerca de su oficina local en:

[https://prd.chfs.ky.gov/Office\\_Phone/index.aspx](https://prd.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx)

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(Vea la nota en la página uno (1) sobre los números de Seguro Social.)

### Díganos acerca de sus necesidades de comunicación u otras acomodaciones

Idioma hablado: \_\_\_\_\_ Idioma escrito: \_\_\_\_\_

¿Es limitado su dominio del inglés? Sí No ¿Necesita usted un intérprete durante su entrevista?  
Sí No Si responde Sí, ¿en qué idioma? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna discapacidad que lo limite en alguna manera, y necesita una acomodación? Sí No  
De ser así, por favor díganos para que podamos ayudarle. Marque todos que correspondan:

Intérprete de Lenguaje de Señas Americano (ASL) Intérprete de habla complementada Intérprete oral  
Intérprete táctil Intérprete por retransmisión en video Servicio de retransmisión telecomunicativa  
Braille Letra grande Comunicación electrónica (correo electrónico) Acceso para silla de ruedas  
Otro: \_\_\_\_\_

### Información sobre el estatus migratorio

Usted puede solicitar los beneficios de SNAP para su unidad familiar aun si algunos miembros posiblemente no reúnan los requisitos debido a su estatus migratorio. Por ejemplo, los padres que no tienen estatus migratorio legal pueden solicitar los beneficios de SNAP para aquellos hijos suyos que sean ciudadanos de los EE.UU. o inmigrantes legales calificados. Es posible que las personas que no tienen estatus migratorio legal no reúnan los requisitos para SNAP. Nosotros no nos comunicaremos con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU. (USCIS) con respecto a las personas de quienes usted nos dice que no tienen estatus migratorio legal. Tenemos que usar la información de los ingresos y activos de estas personas para ver si el resto de la unidad familiar podrá recibir beneficios de SNAP. Usted no tiene que darnos los documentos de inmigración de las personas para quienes usted no quiere los beneficios de SNAP. Revisamos el estatus migratorio de las personas para quienes usted solicita beneficios a través del programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para el Otorgamiento de Beneficios (SAVE, por sus siglas en inglés) operado por los USCIS. La información que recibimos podría afectar sus beneficios de SNAP.

### ¿Cuándo recibiré los beneficios de SNAP?

**Usted podría recibir los beneficios de SNAP para el quinto día a partir de la fecha de su solicitud.** A esto se le llama Beneficios Acelerados. Si usted reúne los requisitos para esto, necesitaremos algo además de esta página. Vea la información acerca de Beneficios Acelerados que aparece abajo o pregúntenos acerca de esto.

Para obtener beneficios de SNAP, usted necesitará llenar toda esta solicitud. Necesitamos la solicitud **completa** para decidir si usted es elegible, aun si usted reúne los requisitos para Beneficios Acelerados. Entre más información usted nos proporcione, mejor trabajo podremos hacer. Le pedimos que nos dé toda la información posible. Si necesita ayuda, pida nuestra ayuda y se la daremos. También necesita entregar una copia de su identificación personal (ID) tales como su licencia de conducir, tarjeta de Seguro Social o documentos de inmigración.

#### **Beneficios acelerados – Beneficios de SNAP en 5 días**

**Los que pueden obtener beneficios de SNAP en un plazo de 5 días son:**

- Hogares con menos de \$150 en ingresos brutos mensuales y \$100 o menos en activos; u
- Hogares con renta, hipoteca y servicios para el hogar que están por encima de los ingresos brutos mensuales del hogar y de sus activos; u
- Hogares que tienen un trabajador agrícola migrante o por temporada y con activos de \$100 o menos cuyos ingresos están por cancelarse o por empezar.

#### **Beneficios de SNAP en 30 días:**

Si usted no recibe los beneficios acelerados, usted recibirá una carta diciéndole ya sea que:

- Usted es elegible para los beneficios de SNAP y por cuánto, o
- Usted no es elegible y por qué usted no es elegible para los beneficios de SNAP

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 (Vea la nota en la página uno (1) sobre los números de Seguro Social.)

**Usted puede solicitar SNAP y otros beneficios al mismo tiempo. Pero su solicitud de SNAP se procesará por separado. Tenemos que procesar su solicitud de SNAP basándonos en las reglas de SNAP y le haremos conocer nuestra decisión lo más rápido posible, pero sin exceder los 30 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud firmada. No se le negará su solicitud de SNAP simplemente porque se le haya negado su solicitud para otros beneficios o porque usted haya perdido otros beneficios que recibía.**

**¿Puedo elegir a alguien que me ayude?**

Usted puede elegir a alguien que le ayude. No está obligado a hacerlo. Pero, si decide hacerlo, la persona que elija podrá llenar su solicitud, responder preguntas a nombre de usted, dar información en su entrevista y comprar su comida con la tarjeta EBT. Nosotros podremos compartir información con esta persona. **Nota:** Los centros de rehabilitación de drogas o alcohol con pacientes internados **tienen que** designar a un empleado para que solicite ayuda para cualquiera de sus residentes.

<b>Representante:</b>			
_____ (Apellido(s))	_____ (Primer nombre)	_____ (Inicial del 2.º nombre)	
_____ (Dirección postal)	_____ (Ciudad)	_____ (Estado)	_____ (Código Postal)
Fec. Nac. ____ / ____ / ____ MM DD AAAA	(____)_____ Número de teléfono		

**Denos información acerca de las personas en su hogar**

Para los beneficios de SNAP, un hogar es una persona o grupo de personas que viven juntos y además compran y preparan la comida juntos. Las personas del grupo no tienen que ser familiares. **Las siguientes personas, si viven juntas, tienen que ser consideradas como un solo hogar que recibe SNAP, aunque no compren ni preparen la comida juntas:**

- Usted mismo y su esposo o esposa,
- Sus hijos menores de 22 años (aun si ellos tienen sus propios hijos),
- Cualquier padre de hijos menores de 22 años,
- Otros menores de 18 años a quienes usted cuida, y
- Cualquier otra persona que compra y prepara la comida con usted.

**Instrucciones:**

En la tabla que aparece abajo, llene las casillas con la información de cada una de las personas que viven en su hogar. Si usted no quiere recibir beneficios para alguien, conteste "no" en la primera pregunta y sólo llene las casillas para el nombre de la persona, su relación con usted, la fecha de su nacimiento y su número de Seguro Social si usted lo sabe.

Tenemos que preguntar por su etnicidad y raza para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin tener en cuenta la raza, color u origen nacional, pero usted no tiene que responder. Su respuesta no afectará cuántos beneficios recibe o cuán rápido los recibe. **Si usted opta por responder, use los siguientes códigos:**

* Origen étnico	** Raza (seleccione todo lo que aplica)		
H = Hispano o Latino	B = Negro o Afroamericano	N = Nativo de Hawái/Nativo de otra Isla del Pacífico	
N = No es Hispano ni Latino	W = Blanco	A = Asiático	
		I = Nativo Americano o Nativo de Alaska	

**\*\*\*Algunas personas tienen que acceder a inscribirse como solicitantes de empleo y puede que tengan que cumplir otras regulaciones de empleo/capacitación para poder recibir beneficios de SNAP. Por favor indique si cada persona está de acuerdo con inscribirse. Le avisaremos si las otras reglas de empleo/capacitación se aplican a alguien en su hogar.**

¿Está solicitando? Sí/No	¿Compran y preparan la comida juntos?	Primer nombre, inicial del segundo, apellido(s)	Núm. de Seguro Social	Relación con usted	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	Sexo M o F	*Origen étnico	**Raza	Ciudadano Sí/No	***Acepta inscribirse para empleo? Sí/No
1.				<b>Sí mismo</b>	/ /					
2.					/ /					
3.					/ /					

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 (Vea la nota en la página uno (1) sobre los números de Seguro Social.)

4.					/ /					
5.					/ /					
6.					/ /					
7.					/ /					
8.					/ /					

¿Alguien ya tiene una tarjeta EBT de Kentucky?      Sí    No    ¿Quién? \_\_\_\_\_

Nombre a todos aquellos mayores de 18 años que están en la universidad o escuela vocacional:  
 \_\_\_\_\_

¿Alguien recibe beneficios de SNAP de otro estado?      Sí    No    ¿Qué estado? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por dar información incorrecta sobre quién es usted o dónde vive con el fin de obtener o intentar obtener los beneficios de SNAP en más de un hogar a la vez desde 8/22/96?      Sí    No    ¿Quién?  
 \_\_\_\_\_

¿Alguien es un criminal prófugo o un violador de la libertad condicional/bajo palabra?      Sí    No    ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Alguien ha sido condenado por un delito grave de drogas desde el 8/22/96?      Sí    No    ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por la compra, venta o intercambio de más de \$500 en beneficios de SNAP desde el 8/22/96?      Sí    No    ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por intercambiar los beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos desde el 8/22/96?      Sí    No    ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado por intercambiar los beneficios de SNAP por drogas después del 8/22/96?      Sí    No    ¿Quién? \_\_\_\_\_

### ¿Qué gastos tiene su hogar?

Para obtener la mayor cantidad posible de beneficios de SNAP, denos información acerca de sus gastos. Si usted no informa o no entrega verificación de algún gasto esto será visto como una declaración de su hogar en la que usted manifiesta que no quiere recibir una deducción por los gastos que no han sido informados. En las líneas abajo, denos información acerca de los gastos de su hogar.

#### **Vivienda y servicios del hogar**

Cuánto **le tocará pagar** a su hogar de los siguientes gastos:

Alquiler:                      \$ \_\_\_\_\_ por mes

Alquiler de lote:              \$ \_\_\_\_\_ por mes

Hipoteca:                      \$ \_\_\_\_\_ por mes

Si usted paga impuestos o seguros **por separado** de su hipoteca, escriba las cantidades abajo:

Impuestos sobre propiedades:              \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Seguro de propietario de una vivienda: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Marque las casillas de los gastos de servicios para el hogar que usted paga:

Luz/Electricidad  
Gas

Agua  
Basura

Drenaje

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 (Vea la nota en la página uno (1) sobre los números de Seguro Social.)

Teléfono \_\_\_\_\_ Cargos adicionales por parte del arrendador  
 Otro, explique \_\_\_\_\_

¿Alguno de los gastos de servicios para el hogar que usted paga es de la calefacción o el aire acondicionado?  
 Sí No

¿Recibió usted en el pasado año ayuda del programa LIHEAP de ayuda con la energía en su dirección actual?  
 Sí No

**Gastos médicos**

Si usted tiene gastos médicos, que no han sido pagados por el seguro, de alguien que está **discapacitado o que es mayor de 59 años de edad**, díganos. Estos gastos pueden ser facturas del doctor o del hospital, medicinas, transporte, primas del seguro de salud u otros gastos médicos.

Quién paga: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ por mes

**Guardería**

Si usted tiene gastos por el cuidado de un niño o de un adulto que vive con usted, díganos.

Quién recibe el cuidado: \_\_\_\_\_ Quién paga por el cuidado: \_\_\_\_\_

Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ por mes

**Manutención infantil**

Si alguien está pagando manutención infantil **ordenada por el tribunal**, díganos.

Quién paga: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ por mes

**Ayuda para pagar gastos**

Si usted recibe ayuda para pagar alguno de sus gastos, díganos:

¿Qué gasto fue pagado?	¿Quién lo pagó?	¿Cantidad que se pagó?

**¿Qué activos tienen las personas de su hogar?**

Escriba la cantidad total de dinero que cada uno tiene en:

Dinero en efectivo \$ \_\_\_\_\_ Cuentas en bancos o cooperativas de ahorro (*credit unions*) \$ \_\_\_\_\_

Acciones, bonos, certificados de ahorro u otros activos \$ \_\_\_\_\_

**¿Qué tipo de dinero reciben las personas de su hogar?**

Escriba el nombre de la persona y la cantidad mensual. Si usted deja un espacio en blanco, para nosotros esto significa que no recibe ningún dinero de este tipo. Adjunte otra hoja si es necesario.

De dónde proviene el dinero	Quién recibe el dinero	Cantidad mensual	Empleador (si es aplicable)
Dinero derivado del trabajo antes de los impuestos (bruto)			
Dinero derivado del trabajo antes de los impuestos (bruto) Segundo trabajo			
Trabajo por cuenta propia o trabajos irregulares			
Propinas			

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 (Vea la nota en la página uno (1) sobre los números de Seguro Social.)

Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
Beneficios para los veteranos, pensiones o jubilación			
Desempleo o compensaciones a los trabajadores			
Manutención infantil o pensión para ex cónyuge			
Dinero proveniente de amigos o familiares			
Otro			

¿Alguien ha sido contratado para un trabajo pero aún no le han pagado?    Sí    No    ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Alguien ha dejado el trabajo en los últimos 30 días?    Sí    No    ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Es alguien trabajador agrícola migrante o por temporada?    Sí    No    ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Alguien está en huelga?    Sí    No    ¿Quién? \_\_\_\_\_

**Favor de leer esta información, firmar y fechar la página 8.**

**Reglas de SNAP**

**Siga estas reglas:**

- **No oculte ni dé información incorrecta a propósito para obtener los beneficios de SNAP.**
- **No use los beneficios de SNAP para comprar cosas que no sean comida, como alcohol o tabaco.**
- **No intercambie, venda ni regale los beneficios de SNAP.**
- **No use para sí mismo los beneficios de SNAP de otra persona.**
- **No use sus beneficios de SNAP para alguien fuera de su hogar.**
- **No use sus beneficios de SNAP para pagar ninguna cuenta de crédito aun si esta cuenta es para comprar alimentos permitidos por SNAP.**
- **No venda comida comprada con los beneficios de SNAP.**
- **COOPERE con el personal estatal y federal en las revisiones de Control de Calidad.**

**Sanciones del programa SNAP**

Cualquier persona que quebrante las reglas del programa SNAP:

- **Podría no recibir beneficios de SNAP por 1 año en la primera infracción, 2 años en la segunda infracción, y de por vida en la tercera infracción;**
- **Podría ser multada hasta con \$250,000 o ser encarcelada hasta por 20 años, o ambos; y**
- **Si un tribunal halla que usted es culpable de comprar, vender o intercambiar más de \$500 en beneficios de SNAP, usted podría no recibir beneficios de SNAP de por vida.**
- **Si un tribunal halla que usted es culpable de intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, usted perderá sus beneficios de por vida.**
- **Si un tribunal halla que usted es culpable de intercambiar beneficios de SNAP por sustancias controladas, usted perderá sus beneficios por dos años la primera vez y de por vida la segunda vez.**
- **Usted no recibirá beneficios de SNAP por 10 años si usted es hallado culpable de obtener o del intento de obtener beneficios de SNAP en más de un hogar al mismo tiempo. Esta sanción tiene lugar cuando usted entrega datos incorrectos acerca de quién es usted o en dónde vive.**
- **Además de estas sanciones, un tribunal también puede impedir que usted obtenga los beneficios de SNAP por otros dieciocho meses si se le declara culpable de una violación de delito grave o delito menor de las reglas enumeradas arriba.**
- **No obtendrá los beneficios de SNAP si se esconde o huye de la ley para evitar su enjuiciamiento, ser detenido, ir a la cárcel o si viola alguno de los términos de la libertad bajo palabra/condicional.**

**\*\*Proporcionar información incorrecta a propósito podría tener como resultado que tomemos acción legal en su contra, ya sea acción penal o civil. Esto incluso podría implicar que reduzcamos sus beneficios o que exijamos que devuelva el dinero.**



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(Vea la nota en la página uno (1) sobre los números de Seguro Social.)

## ¿Qué hacemos con su información?

Si alguna información que usted nos proporciona no es correcta, podríamos denegar los beneficios de SNAP. Les daremos sus respuestas a oficiales de la policía para detener a los prófugos de la justicia. Si usted tiene un sobrepago de beneficios de SNAP, les daremos sus respuestas a agencias federales y estatales para que cobren el sobrepago. Denegaremos la ayuda a las personas, si usted no nos entrega el número de Seguro Social de ellas. Usaremos cualquier número de Seguro Social que se nos ha entregado, de la misma manera que usamos el número de Seguro Social de las personas que están recibiendo ayuda. No le daremos su número de Seguro Social a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. (USCIS, por sus siglas en inglés).

## Ley de Privacidad

La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, está autorizada bajo la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, en su versión enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036. La información será usada ya sea para determinar si su hogar es elegible o si continúa siendo elegible para que participe en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Verificaremos esta información por medio de programas informáticos que harán comparación de datos. Esta información también será utilizada para seguir el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa.

Esta información puede ser revelada a otras agencias federales y estatales para exámenes oficiales, y a los oficiales encargados del cumplimiento de la ley con el propósito de detener a prófugos de la justicia.

Si un reclamo de SNAP surge en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social, puede ser remitida a las agencias federales y estatales, al igual que a las agencias privadas de cobro de reclamos, para la acción de cobro de reclamos.

Proporcionar la información pedida, incluyendo el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, si no proporciona el número de Seguro Social, tendrá como resultado la denegación de los beneficios de SNAP para cada individuo cuyo número de Seguro Social no se ha proporcionado. Cualquier número de Seguro Social proporcionado será utilizado y revelado de la misma manera que los números de Seguro Social de miembros del hogar que son elegibles.

## Verificamos lo que usted nos dice

Utilizamos sistemas informáticos para verificar los ingresos de su familia y para hacer comparaciones de los datos en sistemas de otras agencias tales como la Oficina de Empleo y Capacitación, el Servicio de Impuestos Internos y otras fuentes en las que se pueden hacer comparaciones. Si algo que usted nos ha dicho es diferente a lo que nos dice el sistema informático, verificaremos la información para determinar cuál es la información correcta. Es posible que verifiquemos su información comunicándonos con su empleador, su banco u otras personas. Si alguna parte de esta solicitud es incorrecta, los beneficios de SNAP pueden ser denegados y usted puede ser procesado judicialmente por proporcionar información incorrecta a sabiendas. La información que usted nos proporciona puede ser verificada por oficiales federales, estatales y locales para asegurar que la información es verdadera. Entre las informaciones que se pueden verificar están: el número de Seguro Social, empleo y salario, cantidades de dinero en cuentas bancarias, cantidades recibidas de otras fuentes como el Seguro Social o desempleo, y el estatus migratorio.

## Usted no será discriminado

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las normativas y políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en o administran los programas del USDA, tienen prohibido discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, así como llevar a cabo represalias o acciones vengativas debido a alguna actividad en el pasado relacionada con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que, para acceder a información del programa, necesitan de medios de comunicación alternativos (e.g. Braille, letra grande, casete de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas auditivos o dificultades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Asimismo, es posible que se pueda acceder a información del programa en otros idiomas que no sean el inglés.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(Vea la nota en la página uno (1) sobre los números de Seguro Social.)

Para presentar una queja por discriminación en el programa, llene el formulario **USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027)** que se encuentra en Internet en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Entregue el formulario llenado o la 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](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

### Su firma y entendimiento

#### Entiendo:

- Las preguntas en esta solicitud y lo que puede suceder si oculto información o doy información incorrecta.
- Que tengo que proporcionar verificación de la información acerca de mi hogar.
- Que la oficina del DCBS y la Unidad de Control de Calidad pueden comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener verificación de mis datos.
- Que la información que he proporcionado en la solicitud incluyendo la información relacionada con ciudadanía y estatus migratorio está sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales para determinar si la información es verdadera.
- Que como un solicitante de los beneficios de SNAP, se requiere que proporcione el número de Seguro Social de cada una de las personas que viven en mi hogar para quienes estoy solicitando beneficios. (Los números de Seguro Social y estatus migratorio no tienen que ser proporcionados para los miembros del hogar que no están solicitando beneficios.)
- Que los números de Seguro Social serán usados para varias comparaciones estatales y federales a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). Estas comparaciones de información incluyen, pero no están limitadas al, Seguro Social, IRS, SSI, Registros de Salarios, Seguro de Desempleo, Registros de Aplicación de Manutención Infantil y otras comparaciones proporcionadas bajo la autoridad de IEVS. Esta información puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando se encuentran discrepancias. La información proporcionada por el sistema IEVS, después de verificarla, puede afectar la elegibilidad y la cantidad de beneficios.

#### Me comprometo a que:

- Todos los miembros de mi hogar para quienes es necesario acatarán las reglas de empleo y capacitación.

#### Certifico, bajo pena de perjurio, que:

- Mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber.
- Mi respuesta acerca del estatus de ciudadanía o de extranjero de cada persona que solicita los beneficios es correcta.

Firma/Marca (X)	Testigo (si está firmado con una X)	La fecha de hoy (mes/día/año) / /
-----------------	-------------------------------------	--------------------------------------

### ¿Qué significan nuestros términos?

Utilizamos estos términos en la solicitud. Esto es lo que quieren decir:

**Hogar** Una persona o grupo de personas que viven juntos y compran y preparan la comida juntos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(Vea la nota en la página uno (1) sobre los números de Seguro Social.)

**Control de Calidad** Una unidad del DCBS que revisa los casos de beneficios de SNAP para ver si están correctos. Si su caso es elegido, la unidad de Control de Calidad se comunicará con usted.

**Reglas del trabajo y capacitación** Algunas personas tienen que trabajar o asistir a capacitación para obtener beneficios de SNAP. Si este es su caso o el de otras personas en su hogar, le diremos. Tendrá que seguir las reglas sobre el trabajo y la capacitación para obtener los beneficios de SNAP.

### Cómo obtener una audiencia

Usted puede solicitar una audiencia **en un plazo de 90 días** a partir de la fecha en que reciba una notificación de nosotros sobre su solicitud de SNAP si no está de acuerdo con algo que **hemos hecho** a su solicitud o beneficios. Usted puede contar su versión de los hechos o traer a un amigo, familiar o abogado para que hable por usted en la audiencia.

#### ¿Cómo solicito una audiencia?

Llame al 1-855-306-8959; **O**

Adjunte una hoja por separado para explicar su razón para solicitar una audiencia, fírmela y escriba la fecha, luego: Devuélvala a cualquier oficina del DCBS;

**O**

Devuélvala a: **Cabinet for Health and Family Services, Division of Administrative Hearings, Families and Children Administrative Hearings Branch, 105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601**

### Revelación opcional de información

#### ¡Ayúdenos a ayudarle!

Usted no tiene que firmar esto, pero esto nos ayudará a obtener la información que necesitamos para ayudarle, sin tener que obtener su firma en solicitudes específicas.

#### Usted debe saber:

- Que es posible que necesitemos más información para decidir si usted puede recibir ayuda.
- Si necesitamos más información de usted, recibirá una carta en la que le informamos qué es lo que necesitamos y la fecha en la que debe entregarlo.
- Usted es responsable de obtener la información o de pedirnos que le ayudemos a obtenerla.
- Si usted no nos entrega la información o no pide ayuda antes de la fecha de entrega, su solicitud puede ser denegada o su ayuda puede terminar.
- Es posible que podamos utilizar la autorización que aparece abajo para obtener la información que necesitamos, **pero aun así usted tiene que proporcionar la información que le pedimos o tiene que pedir ayuda.**
- Es posible que adjuntemos una copia de esta autorización al formulario que utilizamos para solicitarle a otras personas u organizaciones (como su empleador) información específica y necesaria acerca de usted u otros miembros de su hogar.

**Escriba su nombre claramente y su firma abajo para darnos permiso para obtener la información necesaria.**

#### AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Por medio de la presente autorizo a cualquier persona u organización a proporcionarle al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad de Kentucky la información que requiere acerca de mí o acerca de otros miembros de mi hogar. Una copia de esta es tan válida como el original. Esta autorización no se aplica a la información de salud protegida. Esta autorización tiene una vigencia de 12 meses a partir de la fecha en que es firmada.

\_\_\_\_\_  
Su nombre completo (por favor escriba claramente)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca (X)

\_\_\_\_\_  
Testigo (si se firmó con una X)

\_\_\_\_\_  
Fecha