

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP)

SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho de presentar una solicitud durante las horas laborales el mismo día que usted contacta a la oficina. Usted puede presentar su solicitud con tal de que tenga su nombre, dirección y la firma de un miembro adulto responsable de su hogar o un representante autorizado.
- Usted tiene el derecho de solicitar una entrevista telefónica si no puede ir a la oficina a la entrevista con su trabajador(a) por razones de edad, dificultades de transportación, enfermedad, u otra razón determinada por la agencia.
- Usted tiene el derecho de solicitar una conferencia y/o una audiencia justa oralmente o por escrito, cuando usted no esté de acuerdo con ninguna decisión en su solicitud o caso. Usted tiene el derecho de consultar con un consejero legal acerca de cualquier decisión en su solicitud o caso.
- Usted tiene el derecho de recibir una notificación escrita acerca de cualquier decisión en su solicitud o su caso, y beneficios atrasados cuándo hay una equivocación en los beneficios por parte de la agencia en su caso.
- Usted tiene el derecho a solicitar asistencia gratuita de idiomas para personas con Dominio Limitado del inglés y/ o ayudas auxiliares/ para personas con discapacidades.

SUS RESPONSABILIDADES

- Usted tiene la responsabilidad de proveer información correcta y completa en su solicitud y a su Trabajador (a).
- Usted tiene la responsabilidad de cooperar completamente con el personal Federal y Estatal en una Revisión de Calidad en su caso.
- Usted tiene la responsabilidad de no vender, comerciar, ni regalar su tarjeta de SNAP Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), y no usar los beneficios para pagar las cuentas de crédito ni deudas o cuentas privadas.
- Usted tiene la responsabilidad de cumplir con cualquier requisito de trabajo explicado por su trabajador (a).
- Usted tiene la responsabilidad de proveer números de seguro social para cada persona de quienes usted ha solicitado ayuda.
- Usted tiene la responsabilidad de informar y verificar los gastos admisibles de su hogar (albergue, servicios públicos, cuidado de los niños, pagos de manutención, gastos médicos, si aplican) para poder recibir una deducción para el gasto que corresponde.
- Informe de cambios: usted debe informar los siguientes cambios dentro de los 10 días de la fecha en que tenga conocimiento del cambio: cambios de más de \$125 en la cantidad de ingresos brutos ganados o devengados; un cambio en la fuente de ingresos; cambios en la composición del hogar; un cambio de residencia y cualquier cambio resultante en el costo del refugio; cambios en la obligación legal de pagar la manutención de los hijos; un cambio en los recursos líquidos, como efectivo, acciones, bonos y cuentas bancarias. Los miembros ABAWD deben informar cuando sus horas de trabajo disminuyen a menos de 20 horas por semana o un promedio de 80 horas mensuales.

Nota: Si algún un miembro del hogar recibe ganancias de lotería o apuestas de \$4500 o más, el hogar es inelegible para recibir SNAP. La inelegibilidad continúa mientras los recursos del hogar excedan el límite de recursos.

EL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRITICIONAL (SNAP) DOCUMENTOS QUE NECESITA TRAER PARA SU ENTREVISTA

Para determinar su elegibilidad para los beneficios de SNAP, la solicitud debe ser completada y firmada, el cabeza de familia o un representante autorizado debe ser entrevistado y cierta información en la solicitud debe ser verificada. Es nuestra responsabilidad en ayudarlo a obtener la verificación requerida con tal de que usted coopere con nosotros en este proceso. La agencia puede renunciar el requisito para una entrevista de cara-a- cara y conducir una entrevista telefónica en casos donde hay dificultades del hogar.

Cuando usted venga para su entrevista de solicitud, por favor traiga con usted los documentos apuntados abajo que aplican a su situación y que puedan ser necesarios para su solicitud.

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Números de seguro social para los miembros de su hogar quienes están incluidos en la solicitud o prueba de solicitud para un número de seguro social.

2. COMPROBANTE DE INGRESOS

- a. Talones de cheque, sobres de su pago o una declaración de su sueldo de los últimos 30 días de la empresa donde cada miembro del hogar está recibiendo sueldo.
- b. Si usted trabaja por su propia cuenta, verificación actual de sus impuestos Federales, registros de contabilidad o ventas y registro de gastos.
- c. Cartas de concesión para Seguro Social, SSI, Desempleo, Jubilación, beneficios para Veteranos o Incapacitados o Pensión, etc.
- d. Comprobante de pagos de manutención y/o pensión alimenticia (al menos que sea recibido por medio de la agencia).
- e. Prueba de ingresos adquiridos de una propiedad que renta.
- f. Comprobante de pagos de un programa patrocinado por el gobierno o cualquier otro ingreso.

3. COMPROBANTE DE RECURSOS

Verificación puede incluir los estados de cuenta bancaria más recientes o libros de cuenta para verificar balance de cuenta de cheque/ahorros, comprobante de certificados de depósito, acciones, bonos, etc., escrituras y recibo de impuestos de propiedad. Los recursos que pertenecen a personas que reciben TANF o SSI no se cuentan.

4. VERIFICACIÓN DE GASTOS

- a. Declaración de su niñera/guardería con su dirección, su número de teléfono y la cantidad y qué tan seguido paga por el cuidado de los niños.
- b. Comprobante de gastos médicos (para los miembros del hogar que son discapacitados de 60 años de edad o mayores) recibos después que paga Medicaid, Medicare, o el seguro de salud. Esto incluye medicinas, médico, o recibos del hospital, pagos del seguro, etc.

5. OTRA INFORMACIÓN

- a. Comprobante de domicilio (recibo de la renta o hipoteca, recibo de servicios públicos, etc.)

- b. Comprobante de identificación (licencia de conducir, acta de nacimiento, identificación del trabajo o escuela, etc.).
- c. Tarjeta de Ciudadanía o documentos de Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), si usted no es ciudadano de los Estados Unidos y está incluido en esta solicitud.
- d. Notificación de otra agencia fuera del estado si ha recibido asistencia en un otro estado anteriormente.

SNAP Tamaño de la familia y 130% de ingresos a nivel de pobreza.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
\$1696	\$2292	\$2888	\$3483	\$4079	\$4675	\$5271	\$5867	\$6463	\$7059

Nota: Si hay más de (10) miembros en su hogar, agregue \$596 por cada uno. **Ingresos brutos:** (Esta es la cantidad antes de que se deduzcan los impuestos y las deducciones). Recuerde agregar todos los ingresos: salarios, manutención de los hijos, seguro social, SSI, desempleo, etc. para comparar con la cantidad en la tabla anterior.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (833)620-1071, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles.

El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1) correo:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3) correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades