

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA:

Número de caso: _____ Fecha de recepción: _____

Fecha de cita: _____ Hora: _____

303B Iniciales: _____ 530: Iniciales: _____



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

Nombre _____ Número Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del domicilio _____

Ciudad Estado Código Postal

Dirección de correo _____

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____ Cel. Sí No 2^{do} Tel _____ Cel. Sí No Tel./persona contacto alterna _____ Cel. Si No

¿Le gustaría recibir avisos por medios electrónicos? Sí No Si la respuesta es sí, correo electrónico: _____

¿Qué beneficios está solicitando? SNAP TANF Antes de determinar su elegibilidad, se le debe hacer una entrevista. Se le entrevistará vía teléfono, a menos que usted pida una entrevista cara a cara. Puede llenar una sola solicitud para TANF y SNAP o puede llenar una solicitud para cada programa.

SNAP

Puede presentar su solicitud de manera inmediata entregando los formularios a su oficina local del condado ya sea en persona, a través de un representante autorizado, por fax, en línea o por correo siempre y cuando tengamos su nombre, dirección y la firma de un miembro responsable de su familia o del representante que usted haya autorizado. La fecha de presentación de la solicitud será el día que recibamos este formulario en nuestra oficina, y los beneficios se proveerán desde ese día, si se determina que usted es elegible. Sin embargo, cuando el residente de una institución solicita tanto SSI como SNAP antes de dejar la institución, la fecha de presentación de la solicitud será el día en el que usted deje la institución. Estamos obligados a verificar la información que usted nos da y actuar dentro de los 30 días posteriores a la fecha en la que su solicitud fue recibida, a menos que usted tenga derecho a recibir los beneficios en un plazo de 7 días. **USTED PUEDE OBTENER SNAP EN UN PLAZO DE 7 DÍAS** si los ingresos brutos de su hogar son menos de \$150 y si los recursos de su hogar tales como dinero en efectivo y cuentas de cheques o ahorro sean \$100 o menos; o si el alquiler/hipoteca y servicios públicos son mayores a los ingresos colectivos brutos de su hogar y sus recursos líquidos; o si usted y su familia son trabajadores agrícolas migrantes o estacionales; y usted verifica su identidad. Todas las solicitudes de SNAP, sin importar si son solicitudes en conjunto o individuales, serán procesadas de acuerdo a las regulaciones y plazo de SNAP y no se verán afectadas si TANF es denegado.

TANF

Para iniciar su solicitud, debe llenar la sección en la parte superior de la página y firmar en la parte de abajo. Estamos obligados a actuar en un plazo de 30 días posteriores al día en que usted nos entregue este formulario.

Al firmar y poner la fecha en esta solicitud, estoy dando mi consentimiento a que sean divulgados, por parte del Departamento de Educación de Mississippi al Departamento de Servicios Humanos de Mississippi, los historiales de asistencia de los niños identificados en esta solicitud, a fin de que el Departamento de Servicios Humanos determine si se llenan los requisitos de asistencia a la escuela del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).

Solo ciudadanos de los Estados Unidos y extranjeros que cumplen los requisitos pueden ser elegibles para los beneficios de SNAP. Cualquier persona que no sea ciudadano de los Estados Unidos o que no sea un extranjero que cumpla los requisitos será excluido de la solicitud de asistencia. Dichas personas no serán reportadas al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas. Las personas no ciudadanas que sean incluidas en su solicitud serán consideradas para su elegibilidad según el reglamento de SNAP. Los ingresos y recursos de todos los miembros de su hogar serán considerados al momento de determinar la elegibilidad de las personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Certifico que cada solicitante incluido en mi hogar es un ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero en condición migratoria legal y que la información provista es verdadera a mi leal saber y entender. Doy permiso al Departamento de Servicios Humanos para hacer una revisión completa de mi caso y de cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Doy consentimiento para que se divulgue a MDHS la verificación de los ingresos de todos los miembros de mi hogar mayores de 18 años. Entiendo que si doy información falsa o incorrecta podré ser penalizado, mi caso puede ser denegado y puedo ser sujeto a enjuiciamiento criminal. Certifico que he recibido el panfleto de Derechos y Responsabilidades de esta agencia.

Firma del solicitante Fecha

Firma del testigo si se firmó con una marca

Firma de representante autorizado o Fecha

Firma del testigo si se firmó con una marca

segundo padre de familia en TANF

Código de Agencia de Difusión de SNAP _____

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA:

NÚMERO DE CASO: _____ FECHA DE RECEPCIÓN: _____

Ingresos

- ¿Han ganado usted o cualquier persona incluida en su solicitud algún tipo de ingreso durante este mes incluyendo: salarios, propinas, bonos, trabajo por cuenta propia, o cualquier otro tipo de ingreso? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿cuánto?* \$ _____
- ¿Han recibido usted o cualquier persona incluida en su solicitud algún tipo de ingreso no ganado durante este mes incluyendo retiro del seguro social/ferrocarril, otras incapacidades, ingresos VA, pensiones, desempleo, manutención de niños, pensión alimenticia, dinero de parte de otras personas (regalos en efectivo), compensación laboral? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿cuánto?* \$ _____
- ¿Espera usted u cualquier persona incluida en su solicitud, ingresos durante este mes? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿cuánto?* \$ _____
- ¿El único ingreso de su hogar proviene de trabajo agrícola migrante o estacional? Sí No

Recursos

- ¿Tiene usted o cualquier persona incluida en su solicitud algún tipo de recurso incluyendo dinero en efectivo, cuentas de cheques o ahorro, certificados de ahorro? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿cuánto?* \$ _____

Tenga en cuenta que, durante la entrevista, usted tendrá que revelar cualquier cuenta del IRA, monedas valiosas, acciones o bonos, pagos globales no recurrentes, vehículos recreativos (barco, 4x4, todo terreno), propiedad personal, edificaciones y ciertos terrenos, propiedades recreativas pertenecientes a usted o a cualquier persona incluida en su solicitud.

Gastos

- *Indique los gastos reales que usted paga:* Alquiler/hipoteca \$ ___ Electricidad \$ ___ Gasolina \$ ___ Agua \$ ___ Teléfono \$ ___
- ¿Usted o cualquier persona incluida en su solicitud tiene como dependiente a un niño o adulto con necesidades especiales? Sí No
- ¿Alguna persona mayor de 60 años o discapacitada tiene gastos médicos que excedan \$35 incluyendo visitas al médico, visitas al hospital, recetas, primas de Medicare, primas de seguro médico, anteojos, dentaduras, audífonos, primas de cobertura de medicinas (Parte D), gastos de transporte hacia y desde el doctor u hospital; surtidos en farmacias? Sí No

Preguntas adicionales

1. ¿Está usted sordo, tiene discapacidad auditiva o necesita los servicios de un intérprete? Sí No
2. ¿Alguna persona en su hogar está descalificada de SNAP por haber cometido fraude? Sí No
3. ¿Está usted, o un miembro de su hogar, actualmente prófugo o escondiéndose de la justicia para evitar enjuiciamiento, arresto o encarcelamiento por haber cometido un delito, haber incurrido en tentativa de delito o haber violentado alguna condición de libertad condicional o probatoria? Sí No
4. ¿Es usted, o un miembro de su hogar, un residente en un hogar comercial que ofrece albergue (establecimiento que ofrece compensación de alimentos y alojamiento con fines de lucro)? Sí No
5. ¿Está usted, o un miembro de su hogar, en huelga? Sí No
6. ¿Usted, o un miembro de su hogar, ha sido encontrado culpable de cualquiera de las siguientes infracciones después del 8/22/96? (seleccione todo lo que corresponda):
 - Intercambiar beneficios de SNAP por droga Recibir beneficios dobles de SNAP en cualquier Estado
 - Comprar o vender beneficios de SNAP mayores a \$500 Intercambiar beneficios de SNAP por pistolas, municiones o explosivos
7. ¿Usted, o un miembro de su hogar, ha sido encontrado culpable de cualquiera de las siguientes infracciones después del 02/07/14? (seleccione todo lo que corresponda):
 - Abuso sexual agravado Explotación sexual y otros abusos infantiles
 - Agresión sexual Asesinato
8. Si no está registrado para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse en este momento? Sí No
Si no marca ninguna de las opciones, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar en este momento. El acceder o no acceder a registrarse no tendrá efecto alguno en la cantidad de asistencia que recibirá por parte de esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este dato será confidencial. Si accede a registrarse para votar, el dato de la oficina donde será entregada su solicitud será confidencial, y solamente será utilizado para propósitos de registro de votantes.

Si desea ayuda para llenar el formulario de registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar la ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si siente que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a decidir de manera privada si registrarse o solicitar registrarse, o su derecho de elegir su propio partido político o cualquier otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA:

NÚMERO DE CASO: _____ FECHA DE RECEPCIÓN: _____

Indique las personas para las cuales está solicitando beneficios iniciando con la Cabeza de Familia

Nombres y apellidos	RELACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL *(VER DISCUSIÓN ABAJO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	**OPCIONAL		CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS SÍ O NO
						HISPANO SÍ O NO	RAZA (**Elija una o más)	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

**La información pertinente a la Etnia o Raza no es un requerimiento y no será utilizada al determinar su elegibilidad o nivel de beneficio. Esta información será utilizada para determinar qué tan efectivo es el programa en alcanzar a la población elegible.
 ***Códigos de Raza: **AL**- Indio Americano/Nativo de Alaska, **AS**-Asiático, **BL**-Negro o Afroamericano, **HP**-Hawaiano u otro isleño del Pacífico, **WH**-Blanco, **OT**- Otro

Indique las personas en su hogar que usted no ha incluido en esta solicitud

Nombres y apellidos	Relación con la Cabeza de Familia	Edad	Nombres y apellidos	Relación con la Cabeza de Familia	Edad

Representante autorizado para SNAP

Usted puede asignar a una persona fuera de su hogar para que represente a su hogar al hacer su solicitud o realizar una entrevista. Esta persona debe conocer bien la situación de su hogar con el fin de brindar toda la información necesaria para determinar su elegibilidad a SNAP. Usted es responsable por cualquier tipo de información que su representante autorizado nos brinde, incluyendo cualquier información que puede ser incorrecta.

Me gustaría asignar a: 1. Nombre _____ Número de teléfono _____
 2. Nombre _____ Número de teléfono _____

Representante para beneficios SNAP

Usted puede asignar a una persona fuera de su hogar para que tenga acceso a los beneficios de SNAP de su hogar en la Cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). A esta persona se le dará una tarjeta EBT, la cual le permite el uso total de su cuenta sin el consentimiento suyo inmediato. Los beneficios mal utilizados por este individuo o individuos no pueden ser reemplazados.

Me gustaría asignar a: 1. Nombre _____ Número de teléfono _____
 2. Nombre _____ Número de teléfono _____

Como parte del proceso de elegibilidad para SNAP, entiendo que ciertos miembros del hogar, incluido yo mismo, serán elegibles para recibir beneficios de SNAP solo si se cumplen los requisitos de registrarse para trabajar, buscar empleo y / o aceptar un empleo adecuado, a menos que dicho miembro del hogar cumpla con una exención de trabajo. Entiendo que los servicios de búsqueda de empleo están disponibles a través del Departamento de Seguridad Laboral de MS y que es posible que deba completar los requisitos de búsqueda de empleo en una fecha posterior. Aceptaré una oferta de empleo adecuado, ya sea que haya sido recibida por mi propio esfuerzo o mediante una remisión de empleo y capacitación. Entiendo que no cumplir con los requisitos de registro de trabajo puede resultar en la descalificación de un miembro del hogar o de todo el hogar para beneficios de SNAP, y que explicaré estos requisitos de trabajo a los miembros de mi hogar.

Entiendo que la información incluida en esta solicitud puede ser divulgada a otras agencias federales y estatales para su revisión oficial y a los funcionarios del orden público con el fin de detener a las personas que huyen para evadir la ley. Entiendo que si surge un reclamo de SNAP / TANF contra mi hogar, la información en esta solicitud, incluidos todos los Números de Seguro Social, puede ser remitida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobranza de reclamos, para el cobro de reclamos.

La información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) se utilizará para verificar las declaraciones que usted proporcione en esta solicitud con respecto a los ingresos del hogar. La información disponible a través de IEVS será solicitada, usada y puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando MDHS encuentre 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 electrónicas de terceros.** Dicha información puede afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios. La información que usted proporcione en esta solicitud con respecto a la condición de extranjero de los miembros del hogar puede estar sujeta a verificación por parte de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) mediante el uso del Sistema de Verificación Sistemática de Derechos del Extranjero (SAVE). La información enviada por USCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios.

Entiendo que puedo recibir una copia de esta solicitud completada para SNAP. Elijo: papel electrónico o rechazo una copia.

ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN

ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN: *Se debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona para quien se solicite asistencia según la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Los SSN se verificarán y usarán para comparar con los datos federales y estatales, incluyendo pero no limitado a, Seguro Social, Servicio de Ingresos Internos, VA, Departamento de Seguridad Laboral de MS, verificaciones de recursos / ingresos, descalificaciones de programas y para el cobro de deudas por fraude. Las leyes estatales y federales establecen multas, encarcelamiento o ambos para cualquier persona culpable de obtener asistencia a la que no tiene derecho al retener o proporcionar información falsa intencionalmente. La información se puede verificar a través de contactos colaterales cuando se encuentran discrepancias. La condición de extranjero de las personas que solicitan beneficios está sujeta a verificación con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) y requerirá la presentación de cierta información de esta solicitud a USCIS.

ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN DE SNAP Si su hogar recibe SNAP, usted debe seguir las reglas que se enumeran a continuación. Cualquier miembro de su hogar que infrinja cualquiera de estas reglas a propósito puede ser excluido de SNAP durante 1 año por la primera infracción, 2 años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción; multado hasta \$ 250,000 y encarcelado hasta 20 años o ambos; y sujeto a enjuiciamiento bajo otras leyes federales.

NO proporcione información falsa ni oculte información para obtener o continuar recibiendo beneficios de SNAP. NO intercambie ni venda tarjetas EBT. NO altere las tarjetas EBT para obtener beneficios SNAP que 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 para alimentos. NO use los beneficios SNAP o la tarjeta EBT de otra persona para su hogar.

Las personas que un tribunal determine que han cometido las siguientes infracciones del programa estarán sujetas a las siguientes sanciones:

- Si se determina que ha usado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, no será elegible para recibir beneficios de SNAP por un período de dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.
- Si se determina que ha usado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, no será elegible permanentemente para recibir beneficios de SNAP en la primera ocasión de tal infracción.
- Si ha sido declarado culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$500 o más, no será elegible permanentemente para recibir beneficios de SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.
- Si se determina que ha realizado una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios de SNAP simultáneamente, no será elegible para participar en el Programa por un período de 10 años.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas a todas las preguntas sobre cada miembro del hogar, incluidas aquellas sobre ciudadanía o condición de extranjero, son correctas y completas.

Firma del miembro del hogar o marque con una (X): _____

Fecha: _____

Testigo si se firmó con una marca (X): _____

Fecha: _____

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, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por acciones previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el formulario de queja por discriminación del programa del USDA, (AD-3027), que se encuentra en línea en: [Cómo presentar una queja](#), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa a USDA:

(1) Por correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary of Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) Por fax: (202) 690-7442, o

(3) Por correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con asuntos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de la línea directa SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los números de la línea directa o de información estatal (haga clic en el enlace para una lista de números de línea directa por estado); que se encuentra 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 de Estados Unidos (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA:

NÚMERO DE CASO: _____ FECHA DE RECEPCIÓN: _____

Indique las personas para las cuales está solicitando beneficios iniciando con la Cabeza de Familia

Nombre y apellidos	RELACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL *VER DISCUSIÓN ABAJO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	**OPCIONAL		CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS SÍ O NO
						HISPANO SÍ O NO	RAZA (***Elija una o más)	
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								

**La información pertinente a la Etnia o Raza no es un requerimiento y no será utilizada al determinar su elegibilidad o nivel de beneficio. Esta información será utilizada para determinar qué tan efectivo es el programa en alcanzar a la población elegible.
***Códigos de Raza: **AL**- Indio americano/Nativo de Alaska, **AS**-Asiático, **BL**-Negro o Afroamericano, **HP**-Hawaiano u otro isleño del Pacífico, **WH**-Blanco, **OT**- Otro

Indique cualquier persona en su hogar que no está incluida en esta solicitud

Nombres y apellidos	Relación con la Cabeza de Familia	Edad	Nombres y apellidos	Relación con la Cabeza de Familia	Edad