

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE



Número de caso: _____

Fecha de recepción: _____

Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA PERSONAS MAYORES (ESAP)

Esta aplicación se utiliza para personas que solicitan SNAP cuando se dan las siguientes condiciones:

- todos los miembros del hogar tienen 60 años o más, o todos los miembros del hogar mayores de 60 años compran y preparan alimentos por separado de los otros miembros del hogar, y
- ningún miembro del hogar recibe ingresos provenientes del trabajo.

Para presentar esta solicitud, debe completar al menos su nombre, dirección y firmar el formulario. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame sin cargo al 1-800-948-4060.

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

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Teléfonos de contacto: Hogar: Celular:	
Dirección residencial (incluido n.º de apto./lote)	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Dirección postal (incluido n.º de apto./lote)	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
¿Desea recibir avisos por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione su dirección de correo electrónico:				

Puede nombrar a alguien fuera de su hogar para que sea su representante. Esta persona debe conocer la situación de su hogar lo suficientemente bien como para brindar cualquier información necesaria para determinar su elegibilidad para la SNAP. Usted es responsable de la información proporcionada por cualquier persona que actúe como su representante autorizado, incluida cualquier información que pueda ser incorrecta.

Nombre del representante: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del representante: _____ Número de teléfono: _____

Solo los ciudadanos estadounidenses y extranjeros calificados son elegibles para recibir beneficios de SNAP. Cualquier extranjero que no sea ciudadano o no califique puede quedar excluido de su solicitud de asistencia. No se denunciará a dichas personas ante la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas (Immigration and Customs Enforcement, ICE). La elegibilidad de los no ciudadanos incluidos en su solicitud se determinará en virtud de las reglamentaciones de SNAP. Se considerarán los ingresos y recursos de todas las personas en su hogar para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Certifico que cada solicitante incluido en mi hogar es ciudadano de los EE. UU. o extranjero en estado migratorio legal y que la información provista es verdadera a mi leal saber y entender. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Humanos realice una revisión completa de mi caso y cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Doy mi consentimiento al MDHS para la divulgación de la verificación de ingresos. Sé que podría recibir sanciones si doy información falsa intencionalmente. Certifico que recibí el folleto de Derechos y Responsabilidades de esta agencia.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo si firma con una marca

Firma del representante autorizado

Fecha

Firma del testigo si firma con una marca

Díganos quién vive con usted. Coloque sus datos (o los del solicitante) en la primera línea.

Nombre (de pila, apellido)	Relación con la persona nombrada en la línea 1	Número de seguridad social * Refiérase a la explicación	Fecha de nacimiento:	Edad	Sexo	** Opcional		Ciudadano de los EE. UU. Sí o No
						Raza	hispanica ***	
1.	Jefe del hogar							
2.								
3.								
4.								

*** ADVERTENCIA SOBRE PENALIDADES:** Se debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona para la que se solicita asistencia en virtud de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Los SSN se verificarán y se utilizarán para generar correspondencias de datos federales y estatales, que incluyen, entre otros, Seguridad Social, Servicio de Impuestos Internos, Asuntos de Veteranos, Departamento de Seguridad de Empleo de Mississippi, verificaciones de recursos o ingresos, descalificaciones del programa, y para el cobro de deudas por fraude. Las leyes estatales y federales prevén multas, encarcelamiento o ambos para cualquier persona culpable de obtener asistencia para la cual no tiene derecho mediante la retención deliberada de información o la provisión de información falsa. La información se puede verificar a través de contactos colaterales cuando se encuentren discrepancias. El estado de extranjero está sujeto a verificación con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (States Citizenship and Immigration Services, USCIS) y requerirá el envío de cierta información de esta solicitud al USCIS.

****** La información relacionada con el origen étnico y la raza no es obligatoria y no se utilizará para determinar su elegibilidad o nivel de beneficio. Esta información se utilizará para ayudar a determinar qué tan efectivo es el programa para llegar a la población elegible.

******* (Elija uno o más) Códigos de raza: **AL:** nativo americano o nativo de Alaska; **AS:** asiático; **AW:** asiático y blanco; **BL:** negro o afroamericano; **BW:** negro o afroamericano y blanco; **HP:**-hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico; **IB:** nativo americano o nativo de Alaska y negro; **IW:** nativo americano o nativo de Alaska y blanco; **OT:** otras combinaciones raciales; **WH:** blanco

Debe responder a cada una de las siguientes preguntas:

- ¿Usted o algún miembro de su hogar está actualmente cumpliendo una descalificación del SNAP debido a fraude? Sí No:
En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar beneficios de SNAP por medicamentos después del 08/22/1996?
 Sí No. En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de SNAP de más de \$500 después del 08/22/1996? Sí No: En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por recibir fraudulentamente beneficios duplicados de SNAP en cualquier estado después del 08/22/1996? Sí No: En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos después del 08/22/1996? Sí No:
En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar se esconde o huye de la ley para evitar el enjuiciamiento, ser puesto bajo custodia o ir a la cárcel por un delito grave o intento de delito grave, o por violar una condición de libertad condicional? Sí No: En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Es usted o algún miembro de su hogar residente de una pensión comercial (establecimiento que ofrece comidas y alojamiento como compensación con la intención de obtener ganancias)? Sí No: En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Está usted o algún miembro de su hogar en huelga? Sí No: En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP en otro estado? Sí No. En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____ ¿En qué estado?

- ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos después del 02/07/2014? (seleccione todos los que correspondan): abuso sexual agravado, explotación sexual y otros abusos de niños, agresión sexual, homicidio? En caso afirmativo, proporcione el nombre:

Responda las siguientes preguntas para ver si puede obtener beneficios de SNAP dentro de los siete días:

1. ¿Usted o algún miembro de su hogar obtuvo algún ingreso (dinero, cheques, regalos, etc.) este mes?
 Sí No. En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
2. ¿Algún miembro de su hogar espera recibir más dinero este mes? Sí No. En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____ ¿Cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
3. ¿Cuánto dinero tiene su hogar entre efectivo, cuenta corriente y cuenta de ahorros? _____
4. Indique los importes de gastos reales: Renta/Hipoteca \$ _____ Electricidad \$ _____ Gas \$ _____
 Agua \$ _____ Teléfono \$ _____

Cuéntenos sobre los ingresos que recibe su hogar:

Los tipos de ingresos pueden incluir beneficios del Seguro Social, SSI, pensiones, beneficios para veteranos, manutención de menores, contribuciones en efectivo, seguro de desempleo, jubilación ferroviaria, dividendos, intereses y cualquier otro ingreso no derivado del trabajo. Si recibe algún tipo de ingreso por trabajo, como salarios, propinas, bonos o trabajo por cuenta propia, no es elegible para recibir los beneficios de SNAP a través de la ESAP y puede solicitar los beneficios a través de la oficina local del MDHS del condado.

Tipo de ingreso	¿Quién lo recibe?	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos)

Debe proporcionar la verificación de cualquier ingreso que no pueda verificarse mediante correspondencia con una computadora. Los ingresos que pueden verificarse por correspondencia con computadora incluyen el Seguro Social, SSI y los pagos de manutención infantil recibidos a través del Departamento de Servicios Humanos de Mississippi.

Cuéntenos sobre los recursos que posee su hogar:

Los tipos de recursos pueden incluir efectivo en caja, efectivo en una cuenta corriente o de ahorro, una cuenta IRA, monedas valiosas, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos de sumas globales no recurrentes, vehículos recreativos (embarcaciones, vehículos de 4 ruedas, vehículos todo terreno), propiedad personal, edificios y ciertos terrenos, y propiedades recreativas.

Tipo de recurso	¿Quién lo posee?	Valor del recurso

Cuéntenos sobre sus gastos de vivienda:

	Sí	No	En caso afirmativo, indique el
¿Su hogar paga una hipoteca?			
¿Su hogar paga alquiler (parte que realmente paga)?			
¿Su hogar paga impuestos sobre la propiedad de su casa aparte de su hipoteca?			
¿Su hogar paga seguro de propietario aparte de su hipoteca?			

Cuéntenos sobre sus gastos de servicios públicos:

	Sí	No	
¿Paga su hogar gas, electricidad, queroseno, carbón o madera para calefacción o tiene aires acondicionados centrales o en las ventanas?			
Si su hogar no paga costos de calefacción o refrigeración, ¿paga otros servicios públicos?			En caso afirmativo, enumere los costos de servicios públicos y los importes que paga a continuación.
¿Electricidad? _____ ¿Gas? _____ ¿Agua? _____ ¿Teléfono? _____ ¿Cloacas?			
¿Residuos? _____ ¿Otros? _____			

Debe proporcionar la verificación de sus costos de vivienda y gastos de servicios públicos para recibir una deducción. Los ejemplos de documentos de verificación incluyen declaraciones de hipoteca, recibos de renta, recibos de impuestos a la propiedad, pólizas de seguro de vivienda, facturas de servicios públicos, etc. No se puede permitir una deducción por gastos pagados por un tercero, como el alquiler pagado por HUD.

Cuéntenos sobre sus gastos médicos:

¿Su hogar paga gastos médicos de su bolsillo de más de \$35.00 por mes? Sí No En caso afirmativo, complete el siguiente recuadro. Los ejemplos de gastos médicos permitidos incluyen los siguientes: Visitas al dentista y al médico, incluidos especialistas, psicoterapia, servicios de rehabilitación y diálisis; hospitalización o tratamiento ambulatorio, atención de enfermería y atención en hogares de ancianos; medicamentos recetados y otros medicamentos de venta libre (incluida la insulina), suministros médicos, equipo de enfermería, como camas de hospital y sillas de ruedas (alquiladas o compradas) u otro equipo recetado cuando lo apruebe un profesional de la salud con licencia; dentaduras postizas, audífonos y prótesis; anteojos o lentes de contacto; primas de pólizas de seguro de salud y hospitalización; primas de Medicare; seguro y manutención de animales de servicio, como perros guía, incluido el costo de los alimentos y la atención veterinaria; costo razonable de transporte y alojamiento para obtener tratamiento o servicios médicos, incluida la compra de medicamentos, dentaduras postizas, anteojos, equipo de enfermería, etc. (esto incluye pagarle a un amigo, familiar, vecino o cualquier otra persona para que lo lleve); pago a un asistente, ama de casa, asistente de salud en el hogar o ama de llaves si es necesario debido a la edad, dolencia o enfermedad. Los productos alimenticios que se pueden comprar con los beneficios de SNAP no califican como gastos médicos, incluso si los recomienda un profesional de la salud. La marihuana medicinal no califica como gasto médico.

Nombre	Tipo de gasto	Importe

Debe proporcionar la verificación de sus gastos médicos para recibir una deducción. Los ejemplos de documentos de verificación incluirían impresiones de la farmacia para medicamentos recetados, facturas detalladas de su médico u hospital, estados de cuenta de primas de seguro de salud, etc. Tenga en cuenta que las deducciones solo pueden permitirse para gastos que no son pagados por Medicare, Medicaid u otro seguro de salud.

¿Alguien en su hogar paga manutención infantil requerida por ley a alguien que vive fuera del hogar? Sí No. En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____

Importe de manutención infantil pagado mensualmente: _____.

Para recibir una deducción para los pagos de manutención infantil, debe proporcionar una verificación de la obligación legal y el importe de manutención infantil que realmente se paga cada mes, a menos que los pagos se realicen a través del Departamento de Servicios Humanos de Mississippi.

¿Necesita una tarjeta EBT? Sí No

Puede designar a alguien fuera de su hogar para que tenga acceso a los beneficios SNAP de su hogar en la cuenta de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT). A esta persona se le emitirá una tarjeta EBT que le permite el uso total de su cuenta sin su consentimiento inmediato. Los beneficios mal utilizados por estas personas no pueden reemplazarse.

Nombre del representante: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del representante: _____ Número de teléfono: _____

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría registrarse aquí hoy?

Sí, envíeme una solicitud por correo. No

Si no marca una casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Su solicitud de registro o rechazo del registro para votar no afectará el importe de asistencia que le brindará esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este hecho será confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Secretario de Estado de Mississippi, División Electoral, P. O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

¿Es sordo, tiene problemas de audición o necesita servicios de intérprete? Sí No

Entiendo que puedo recibir una copia de esta solicitud de SNAP completa. Elijo:

una copia en papel una copia electrónica, o no quiero una copia.

Si necesita servicios legales gratuitos, llame sin cargo a este número 1-800-498-1804.

Para solicitar una audiencia imparcial, llame de manera gratuita a la Unidad de ESAP al 1-800-948-4060.

ADVERTENCIA SOBRE PENALIDADES DE SNAP

Si su hogar recibe beneficios de SNAP, debe cumplir las siguientes reglas. Cualquier miembro de su hogar que viole cualquiera de estas reglas a propósito puede ser excluido de SNAP por 1 año por la primera infracción, 2 años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción; puede recibir una multa de hasta \$250,000, ir a prisión por hasta 20 años o ambos; y quedar sujeto a enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales.

NO brinde información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios de SNAP. NO intercambie ni venda tarjetas EBT. NO modifique las tarjetas EBT para obtener beneficios de 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 de alimentos. NO use los beneficios de 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 descubre que usó o recibió 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 el primer delito y de forma permanente después del segundo delito.

- Si se descubre que usó o recibió beneficios en una transacción que implica la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, no tendrá derecho a recibir beneficios de SNAP de forma permanente tras la primera ocasión de dicha violación.

- Si se lo ha declarado culpable de haber traficado con beneficios por un importe total de \$500 o más, no tendrá derecho a recibir beneficios de SNAP de forma permanente tras la primera ocasión de dicha violación.

- Si se descubre que hizo 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 estado de extranjero, son correctas y completas.

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

Firma del testigo si se firma con una marca: _____ Fecha: _____

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o tomar represalias por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para acceder a 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 o con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: 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 solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su carta o formulario completo al USDA por:

- (1) Correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 202509410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Si devuelve esta solicitud por correo, utilice la siguiente dirección:

**Departamento de Servicios Humanos de Mississippi
Unidad de ESAP
P. O. Box 352
Jackson, MS 39205**