Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud al Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para Personas Mayores de Georgia

Esta solicitud se usa para personas que desean inscribirse en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (*antes Programa de Cupones de Alimentos)*. El Programa SNAP para Personas Mayores de Georgia es un programa con un proceso de solicitud simplificado para que sea más fácil para las personas mayores recibir los beneficios de cupones de alimentos.

Para participar en el Programa SNAP para personas mayores, todos los miembros del hogar tienen que:

- tener 60 años de edad o más;
- comprar y preparar sus comidas juntos;

  Y
- no tener ingresos de trabajo.

Usted puede presentar esta solicitud escribiendo su nombre y dirección y firmando el formulario. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con nosotros llamando al 404-370-6236, o envíe su solicitud a Georgia Senior SNAP: P.O. Box 537, Avondale Estates, GA 30002. Si usted es sordo(a) o tiene dificultades para oír, llame a GA Relay al 1-800-255-0135. Nuestros servicios son gratuitos. Si usted vive en una institución y está solicitando Cupones de Alimentos (SNAP) e Ingresos de Seguro Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) al mismo tiempo, la fecha de solicitud es la fecha en que le hayan dado de alta de la institución.

¿Puedo elegir a alguien para que solicite SNAP por mí?

Llene esta sección solamente si usted quiere que otra persona haga la solicitud por usted y actúe como su representante autorizado.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

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

Nombre	*Inicial del segundo nombre*	*Apellido*	*Sufijo*
Dirección de domicilio		*Apartamento*	
Ciudad	*Estado*	*Código postal*	
Dirección postal (si es diferente)			
Ciudad	*Estado*	*Código postal*	
Teléfono de la casa	*Otro número de contacto*	*Dirección de correo electrónico*	
For Office Use Only (Solo para uso oficial)		Date Received By the County	

¿Reúno los requisitos para recibir beneficios de SNAP más rápido?

Responda estas preguntas acerca <u>del solicitante y todos los miembros del hogar</u> para ver si puede obtener los beneficios de SNAP en un plazo de 7 días.

¿Recibió alguien en su hogar dinero este mes? ❑ Sí ❑ No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____
¿Cuándo? _____

¿Cuánto dinero, en efectivo o en el banco, tienen usted y todos los otros miembros del hogar? $ _____

¿Cuánto pagan usted y todos los miembros del hogar por el alquiler o la hipoteca y todos los servicios públicos (electricidad, gas, agua, etc.)?

$

Información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar Inclúyase usted (o la persona mencionada arriba en la primera línea).

NOMBRE Nombre Inicial 2do. nombre Apellido	Relación con usted	Número de Seguro Social (SSN) **(Ver la declaración abajo)**	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Edad	****Opcional**		¿Es usted ciudadano de los EE. UU., residente calificado, o tiene un estatus migratorio satisfactorio? (S/N)
						Hispano Sí/No	Raza (ver abajo)	
	USTED MISMO							

***** Advertencia de sanciones:** Las personas que soliciten cupones de alimentos deben proporcionar o solicitar un número de seguro social como lo exige la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008. Vamos a verificar y utilizar su número de seguro social para compararlo con los datos contenidos en las bases de datos federales y estatales, incluidas entre otras, las de la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos (VA), el Departamento de Trabajo de Georgia y los datos de descalificaciones del programa, y para el cobro de deudas por fraude. Asimismo, corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos e idoneidad. Se utilizarán contactos colaterales para verificar la información cuando se encuentren discrepancias. Si se ha presentado información de estado migratorio en su solicitud, dicha información puede estar sujeta a verificación a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) y requerirá el envío de cierta información de esta solicitud a USCIS. ***** Opcional:** Recopilamos datos acerca de raza, color de piel y origen nacional para así garantizar el cumplimiento con las leyes federales de derechos civiles. Al proporcionar esta información, usted nos ayudará a administrar nuestros programas de una manera no discriminatoria. Su hogar no está obligado a proporcionar esta información y esto no afectará su idoneidad ni el nivel de beneficios. **Elija uno o más códigos de raza: AL**-nativo de América del Norte o Alaska; **AS**- asiático; **BL**-negro o afroamericano; **HP**-hawaiano o de otra isla del Pacífico; **WH**-blanco.

Más información sobre el solicitante y todos los miembros del hogar

1) ¿Ha sido declarada culpable alguna de las personas del hogar de un delito grave relacionado con drogas, que se haya cometido después del 22 de agosto de 1996? Sí ❑ No ❑

   En caso afirmativo, el nombre de la persona: _____

2) ¿No puede alguna de las personas del hogar recibir cupones de alimentos actualmente por causa de un fraude? Sí ❑ No ❑

   En caso afirmativo, el nombre de la persona: _____

3) ¿Ha sido condenada alguna persona por dar información falsa sobre su domicilio y su identidad con el fin de obtener múltiples beneficios de cupones de alimentos en más de un área después del 22 de agosto de 1996? Sí ❑ No ❑

   En caso afirmativo, el nombre de la persona:_____ cuándo: _____ dónde:_____

4) ¿Está tratando alguna de las personas del hogarde evitar un enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? Sí ❑ No ❑

   Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

5) ¿Está en violación alguna de las personas del hogar de las condiciones de su libertad a prueba o libertad condicional? Sí ❑ No ❑

   Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

6) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar declarado culpable de intercambiar los beneficios de cupones de alimentos por drogas, después del 22 de agosto de 1996? Sí ❑ No ❑

7) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comprar o vender beneficios de cupones de alimentos por una cantidad superior a $500 después del 22 de agosto de 1996?

Sí ❑ No ❑

8) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de cupones de alimentos a cambio de armas, municiones o explosivos, después del 22 de agosto de 1996?

Sí ❑ No ❑

Información sobre los ingresos que recibe su familia

¿Recibe alguna de las personas de su hogar dinero del Seguro Social, SSI, VA, jubilación u otro tipo de ingresos?

Sí ☐ No ☐ **Si contesta sí, llene la tabla abajo.**

Nombre	Fuente	Monto bruto mensual (antes de impuestos y deducciones y la prima de Medicare)

Información de sus gastos de vivienda y servicios públicos

	SÍ	NO	Si la respuesta es SÍ, indique la cantidad mensual o anual
¿Paga su familia hipoteca?			
¿Paga su familia renta?			
¿Paga su familia impuestos sobre la propiedad de la casa?			
¿Paga su familia seguro de vivienda?			**Si la respuesta es SÍ, indique la cantidad mensual o anual**
¿Paga su familia costos de calefacción y aire acondicionado?			
Si su familia no paga costos de calefacción o aire acondicionado, ¿paga usted otros servicios públicos?			**Si la respuesta es SÍ, indique los costos de servicios públicos que paga y el monto que paga a continuación.**

Información sobre sus gastos médicos

¿Tiene su hogar gastos médicos de bolsillo de más de $35 al mes? Sí ❑ No ❑

¿Paga usted una prima de Medicare? Sí ❑ No ❑

Si responde Sí, llene la tabla abajo. Vamos a necesitar un comprobante de sus gastos médicos. Usted podría recibir más beneficios.

Persona que tiene el gasto	Tipo de gasto (Médico, hospital, recetas médicas, prima de Medicare, transporte)	Monto adeudado

¿Paga usted o alguien en su hogar manutención infantil por obligación legal a alguien que viva fuera de su casa?
Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿quién y cuánto por mes? _____

Para obtener más información acerca de los servicios de alcance comunitario de TANF, llame al 1-877-423-4746 o visite nuestro sitio web en: http://www.dfcs.dhr.georgia.gov.

Solo los ciudadanos estadounidenses y residentes calificados pueden recibir beneficios de SNAP. No necesita incluir en su solicitud de ayuda a quienes no sean ciudadanos o extranjeros calificados. Estas personas no serán denunciadas a la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas. La idoneidad de los no ciudadanos incluidos en su solicitud se determinará conforme a las reglas de SNAP. Los ingresos y recursos de todas las personas de su hogar serán considerados para determinar la idoneidad de las personas en la solicitud de SNAP.

Certifico que cada solicitante incluido en mi hogar es un ciudadano estadounidense o residente con estatus migratorio legal, y que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia haga una revisión completa de mi caso y todos los contactos necesarios para verificar mis declaraciones. Sé que puedo ser penalizado si doy información falsa a sabiendas. Certifico que la agencia me ha proporcionado el folleto de Derechos y Responsabilidades.

_____	_____	_____
Firma del solicitante	Fecha	Firma del testigo si firmó con una marca
_____	_____	_____
Firma del representante autorizado	Fecha	Firma del testigo si firmó con una marca

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES DE SNAP

Puede perder sus beneficios o ser sometido a enjuiciamiento penal si a sabiendas proporciona información falsa.

- No dé información falsa ni oculte información para recibir beneficios que su hogar no debe recibir.
- No utilice los beneficios de cupones de alimentos ni la tarjeta de EBT de otra persona, ni permita que otra persona use los suyos.
- No use los beneficios de cupones de alimentos para comprar artículos no alimentarios, como alcohol o cigarrillos, ni para pagar cuentas de tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda cupones de alimentos ni tarjetas de EBT por objetos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Todo miembro del hogar que viole intencionalmente cualquiera de las reglas de SNAP (el Programa de Cupones Alimentos para Personas Mayores), podría ser excluido del programa de cupones de alimentos por un período de un año o permanentemente; podría ser multado por una cantidad de hasta $250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años, o ambas cosas. Asimismo, podría ser procesado(a) en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables, y podría ser excluido(a) del programa de cupones de alimentos por 18 meses adicionales, si lo ordenara el tribunal.

Todo miembro del hogar que infrinja intencionalmente las reglas podría dejar de recibir cupones de alimentos por un período de un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción, y de forma permanente por la tercera infracción.

Si un tribunal lo considera a usted o a un miembro de su hogar culpable de usar o recibir beneficios de cupones de alimentos en una transacción que incluya la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro del hogar no podrán recibir los beneficios por un período de dos años por la primera infracción, y de forma permanente por la segunda infracción.

Si un tribunal lo considera a usted o a un miembro de su hogar culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que incluya la venta de armas, municiones o explosivos, usted o ese miembro del hogar no podrán participar nunca más en el Programa de Cupones de Alimentos al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si un tribunal lo considera a usted o a un miembro de su hogar culpable de haber traficado con beneficios por una cantidad igual o superior a $500 en total, usted o ese miembro del hogar no podrán participar nunca más en el Programa de Cupones de Alimentos al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si usted o cualquier miembro del hogar da una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad (quiénes son) o de su domicilio (dónde viven) para recibir múltiples beneficios de cupones de alimentos, usted o ese miembro del hogar no podrán participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un período de 10 años.

DECLARACIÓN ANTIDISCRIMINACIÓN

De conformidad con las leyes federales de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, represalia o venganza por una actividad anterior relacionada con derechos civiles en algún programa o actividad llevados a cabo o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten otros medios de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, que tengan dificultad para oír o discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA por medio del Servicio Federal de Transmisión de Información (Federal Relay Service) llamando al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). Además, la información del programa se puede ofrecer en otros idiomas que no sean el inglés.

Si desea presentar una queja por discriminación ante el programa, llene el USDA Program Discrimination Complaint Form, (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 suministre en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar un formulario de queja llame al (866) 632-9992. Envíenos su formulario de queja llenado o una carta al USDA por:

(1) **por correo**: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

También puede presentar una queja por discriminación ante el **Programa de Derechos Civiles de DFCS** en la siguiente dirección: Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303, o puede llamar al (404) 657-3735 o enviar un fax al (404) 463-3978. Si tiene un conocimiento limitado del inglés y dificultades sensoriales y necesita servicios, comuníquese con el DHS Limited English Proficiency and Sensory Impaired Program al: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 o llame al (404)-657-5244 o envíe un fax al (404)-651-6815.

Según la **política del Departamento de Salud Comunitaria (DCH)**, el programa de Medicaid no puede negarle su derecho o los beneficios por motivo de raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas. Para denunciar discriminación sobre su derecho a recibir Medicaid o discriminación por parte de un proveedor, llame a la Georgia Department of Community Health's Office of Program Integrity al 404-463-7590 (número local) u 800-533-0686 (número gratuito).