



Departamento de asistencia transitoria de Massachusetts
BENEFICIOS DE SNAP PARA USTED Y SU FAMILIA
¡SOLICÍTELOS HOY! ¡ES MÁS FÁCIL DE LO QUE CREE!

CÓMO PRESENTAR LA SOLICITUD

Para solicitar beneficios de SNAP, por favor llene esta solicitud y envíarla por correo al DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, o fax al 617-887-8765. Si desea más información llame al 1-877-382-2363 o línea vaya al web en www.mass.gov/dta. También puede solicitar los beneficios de SNAP en línea, vaya a www.mass.gov/vg/selfservice.

IMPORTANTE: aceptaremos su solicitud si contiene su nombre y su dirección (*si la tiene*) en la página 1 y su firma en la página 8. Esta mínima información establecerá la fecha de presentación de la solicitud. Sin embargo, debe completarse la restante información del formulario, y debemos entrevistarlo para determinar su elegibilidad. Los beneficios se proporcionan a partir de la fecha de aplicación.

Por favor trate de responder todas las preguntas de la solicitud. Cuanta más información tengamos, más rápidamente podremos actuar sobre su solicitud. Si no está seguro de lo que significa una pregunta o cómo responderla, déjela en blanco y lo hablaremos durante su entrevista. Después de que recibamos su solicitud, nos comunicaremos con usted para programar una entrevista y hacerle más preguntas. Esta entrevista se llevará a cabo ya sea en la oficina o por teléfono. Si necesita un intérprete para que le ayude a completar este formulario o para la entrevista, infórmenos y lo obtendremos. A continuación enumeramos los tipos de cosas que necesitará proporcionar para su solicitud. Por favor lea la lista y reúna las pruebas que va a necesitar.

USTED PUEDE OBTENER BENEFICIOS SNAP DENTRO DE SIETE DÍAS SI UNO DE LOS SIGUIENTES ES VERDAD:

- Sus ingresos y dinero en el banco suman menos que sus gastos mensuales para la vivienda; o sí no
- Su ingreso mensual es menor que \$150 y su dinero en el banco es \$100 o menos; o sí no
- Es un trabajador migratorio y su dinero en el banco es menos de \$100 sí no

Le preguntamos sobre dinero en el banco para evaluar la entrega de beneficios acelerados de SNAP. No se le pedirá que dé prueba de su dinero en el banco. Si decidimos que no puede obtener beneficios de SNAP dentro de 7 días (servicio acelerado) y usted no está de acuerdo; o si se determina que es elegible para servicio acelerado, pero no recibe sus beneficios de SNAP en el séptimo día calendario después de la fecha en que presentó la solicitud, tiene derecho a una junta con un supervisor.

Para solicitar beneficios de SNAP, necesita demostrar sus ingresos, gastos y otra información. Solamente tiene que probar información que le corresponde a usted. Por ejemplo, si no tiene empleo, no necesita preocuparse por ingresos obtenidos en la lista presentada a continuación.

Cuando obtenga beneficios de SNAP, se le dará una cuenta, como una cuenta bancaria. Todos los meses, sus beneficios de SNAP se colocarán en su cuenta. Para utilizar sus beneficios de SNAP, recibirá una tarjeta EBT que va a utilizar como un cajero automático o tarjeta de crédito. Su privacidad es importante y el uso de la tarjeta de EBT le ayudará a mantener la privacidad. Usted puede utilizar su tarjeta EBT en tiendas de conveniencia, mercados y cooperativas. Se usa de la misma forma en que la usaría para comprar alimentos con una tarjeta de crédito o débito/ATM.

Cosas que debe proporcionar, si le correspondieran, para que reciba beneficios de SNAP.

1. **Prueba de identidad:** licencia de conducir, acta de nacimiento u otra prueba de identidad.
2. **Prueba de residencia en Massachusetts:** Recibo actual de alquiler, contrato de arrendamiento, declaración de hipoteca, documento de impuestos, facturas de servicios públicos o de seguro de propietario de vivienda. Si usted no tiene vivienda, un registro de vehículos de motor, la declaración de un refugio, de la persona que te da el albergue con carácter temporal, o una confirmación verbal o escrita de alguien a quien podamos contactar que conoce su situación.
3. **Ingresos ganados:** comprobantes de pago o declaración escrita del empleador con membrete que muestre el ingreso antes de impuestos de las cuatro semanas pasadas.
4. **Otros ingresos:** copia del cheque del Seguro Social o carta de adjudicación más reciente, prueba de compensación por desempleo, compensación para trabajadores, pensión, manutención infantil o pensión alimenticia.
5. **Empleo por cuenta propia:** declaración de impuestos federales más reciente (Formulario del Schedule C) o últimos tres meses de registros comerciales.
6. **Ingreso por alquiler:** si recibe pagos de alguien que alquila un cuarto o apartamento suyo, una copia del acuerdo de alquiler de su inquilino mostrando la cantidad de alquiler pagado.
7. **Condición de extranjero:** para todos los ciudadanos extranjeros que soliciten beneficios de SNAP, tarjeta de registro de extranjeros u otro documento inmigratorio.
8. **Pagos de manutención infantil:** si hace pagos de manutención infantil a alguien que no vive con usted, mostrar prueba de la obligación legal de hacer los pagos, como una orden del tribunal, declaración de impuestos que muestre los pagos de manutención con obligación legal, verificación de retención para compensación por desempleo, y la cantidad pagada.

Cosas que podría proporcionar, si le correspondieran, para recibir mayores beneficios de SNAP. *Las reglas de SNAP le permiten deducir ciertos gastos de sus ingresos contables. Si nos diera prueba de cualquiera de los gastos de la lista a continuación, podría recibir mayores beneficios de SNAP.*

1. **Gastos de vivienda:** la cantidad que paga por la vivienda puede mostrarse mejor por su recibo de alquiler o acuerdo de arrendamiento. Los propietarios pueden verificar estos costos por medio de la declaración hipotecaria, impuestos a los bienes raíces y cuentas de seguro del propietario.
2. **Servicios públicos:** el tipo de gastos de servicios públicos que paga puede mostrarse por las facturas de combustible, gas, electricidad, teléfono (incluyendo el teléfono celular), o facturas de otros servicios públicos como eliminación de la basura, madera o carbón.
3. **Guardería infantil o gastos de atención de un adulto dependiente:** cuidado de niños o adultos de dependientes gastos en el hogar o fuera del hogar de cuidado
4. **Gastos médicos:** Si usted o alguien en su hogar es mayor de 60 años o tiene una discapacidad certificada, que paga de su bolsillo los gastos médicos deben comprobarse mediante recibos de copagos o primas de seguro de salud, o recibos de prótesis dentales, gafas, audífonos, pilas para audífonos, medicamentos recetados, los analgésicos recetados por el médico o el exceso de medicamentos sin receta médica, y el transporte para ir y venir de los servicios médicos.

Nota: se pedirá a ciertos hogares, como los que tienen miembros descalificados, que proporcionen información y verificación de cuentas bancarias y otros activos.

Después de su entrevista, recibirá una lista de cosas que necesitará mostrarnos. **Los comprobantes de pago, facturas de servicios públicos y otras pruebas no pueden tener más de cuatro semanas de antigüedad desde el día en que entrega la solicitud.**



Departamento de asistencia transitoria de Massachusetts
Solicitud de beneficios de SNAP



Fuente: (por favor marque una)
 CEO Project Bread DMH
 DMR BMC Food Pantry
 MRC Otra _____

1. Información sobre usted (Responda todas las casillas.) Si es un extranjero que escoge NO solicitar los beneficios de SNAP, no necesita decirnos su número de Seguro Social o condición migratoria.			
Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social - -
¿Es este nombre su (marque uno) <input type="checkbox"/> Nombre de nacimiento <input type="checkbox"/> Nombre de soltera <input type="checkbox"/> Nombre de casada <input type="checkbox"/> Nombre de matrimonio anterior <input type="checkbox"/> Alias			
Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
¿Cuál es su idioma de preferencia?			
Su etnicidad/raza : esta información se obtiene para asegurarse que todos sean tratados justamente. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad o cantidad de beneficios. Etnicidad: Hispano o Latino <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Raza: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco			
¿Tiene un situación especial? (Marque todas las casillas que le correspondan.) <input type="checkbox"/> Déficit físico/mental <input type="checkbox"/> Déficit auditivo <input type="checkbox"/> Déficit visual <input type="checkbox"/> Necesita un intérprete <input type="checkbox"/> Necesita lenguaje por señas <input type="checkbox"/> Otro _____			
2. Información sobre dónde vive y cómo contactar con usted (Responda todas las casillas.)			
Su dirección actual	Calle y número	Dpto. No.	Ciudad, Estado, Código Postal
¿Se encuentra sin hogar? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Es temporaria su dirección actual? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
		¿Su dirección postal es su dirección actual? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Si es una dirección temporaria, indique su dirección permanente.			
Si tiene una dirección postal diferente, por favor indíquela.			
Tipo de vivienda en la que vive <input type="checkbox"/> Vivienda privada <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Pensión comercial <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria <input type="checkbox"/> Instalación residencial <input type="checkbox"/> Vivienda provista por el empleador <input type="checkbox"/> Programa de vivienda para adolescentes <input type="checkbox"/> Campamento de trabajador migratorio <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Vivienda temporal (por ejemplo, Coche, tienda) <input type="checkbox"/> Alojamiento para estudiantes (por ejemplo, el dormitorio)			

2. Información sobre dónde vive y cómo contactar con usted (Continuación)

Si usted tiene una dirección de correo electrónico, por favor indique: _____

Su(s) número(s) de teléfono **diurno(s)**

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____

Una buena hora del día para llamarle: Hora: _____

Marque todo lo que corresponda: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

3. Persona que le ayuda con la solicitud

Apellido	Nombre	Inicial	Número de teléfono
Calle y número	Ciudad/Pueblo	Estado	Código postal

4. Representante autorizado

¿Desea darle a esta persona permiso para solicitar los beneficios de SNAP por usted? sí no

5. Dispensa a la entrevista personal

Si no puede venir a la oficina del DTA para una entrevista, por favor marque todos los motivos que correspondan.

- Persona de la tercera edad/discapacitado Problemas de transporte Trabajo durante el horario laboral del DTA
 Cuidado infantil/Cuidado de persona discapacitada en la casa Otro _____

IMPORTANTE: Asegúrese de listar sus números de teléfono en la página 1. Necesitamos poder llamarle si tenemos preguntas sobre su solicitud o si deseamos hacerle una entrevista telefónica.

6. Preguntas sobre su estado de ciudadanía

a. ¿Son usted y todas las personas de su hogar ciudadanos de los .EE.U.U. por nacimiento o naturalización? sí no
Si respondió Sí, pase a la Pregunta 7. Si respondió No, pase a la Parte b, a continuación.

b. Bajo las reglas de SNAP (106 CMR 362.220), un extranjero que no puede o no quiere proporcionar condición migratoria y/o número de Seguro Social debido a su condición migratoria no necesita hacerlo. Este extranjero no será elegible para los beneficios de SNAP. Sin embargo, las personas restantes del hogar pueden solicitar beneficios.

1. Enumere las personas del hogar que escogen **NO** solicitar beneficios de SNAP:

2. Marque aquí si todas las personas escogen presentar la solicitud:

7. Información sobre las personas con quienes vive – Por favor liste a todas las personas con las que vive. No se incluya. (Adjunte una hoja separada si fuera necesario.) Los extranjeros que viven con usted que escogen no solicitar los beneficios de SNAP no necesitan informarnos su Número de Seguro Social o su condición migratoria.					
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
¿Compran y preparan comidas juntos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Está esta persona solicitando beneficios de SNAP? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social - -	
Estado civil				¿Embarazada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
¿Compran y preparan comidas juntos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Está esta persona solicitando beneficios de SNAP? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social - -	
Estado civil				¿Embarazada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
¿Compran y preparan comidas juntos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Está esta persona solicitando beneficios de SNAP? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social - -	
Estado civil				¿Embarazada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	

8. ¿Hay un **niño(s) menor(es) de 18 años que viva(n) con usted que no sea(n) su(s) hijo(s)**, y que **no** esté(n) bajo su supervisión y control? sí no
Si respondió **sí**, ¿quién? _____
9. ¿Hay alguien que viva con usted que esté **alojado** o sea un **pensionista** (persona que paga por un cuarto o cuarto y comidas)? sí no
Si respondió **sí**, ¿cómo se llama esa persona? _____
10. ¿Se hacen **pagos por adopción** a su casa por alguien que vive con usted? sí no
Si respondió **sí**, ¿por quién se hacen los pagos? _____
11. ¿Es usted o alguien que vive con usted un **residente de un estado que no sea Massachusetts** o un país que no sea los E.E.U.U. o intenta usted o alguien que vive con usted dejar Massachusetts? sí no
Si respondió **sí**, ¿quién no es un residente o intenta irse? _____
12. ¿No es usted o alguien que vive con usted ciudadano de los E.E.U.U.? sí no
13. ¿Desea usted o alguien que vive con usted que tenga como mínimo 18 años y sea un ciudadano de los Estados Unidos y residente de Massachusetts **registrarse para votar**? sí no
Si respondió **sí**, ¿quién desearía inscribirse? _____
14. ¿Está usted o alguien que vive con usted física o mentalmente **discapacitado/a** temporalmente o a largo plazo? sí no
Si respondió **sí**, ¿Quién está discapacitado/a? _____

15. Ganancias							
¿Está usted o alguien que vive con usted actualmente trabajando, o estaba usted o alguien que vive con usted trabajando en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no							
Si respondió sí , complete la sección siguiente. (Adjunte una hoja separada si fuera necesario.) IMPORTANTE: asegúrese de completar esta sección si usted o alguien que vive con usted trabaja por cuenta propia.							
Apellido		Nombre		Nombre, dirección y número de teléfono del empleador			
Cargo	Fecha de comienzo	Fecha de finalización	Salario por hora \$ _____	Horario semanal	Propinas semanales \$ _____	¿Pagado con qué frecuencia?	¿Trabajo permanente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Si el trabajo terminó, último día de trabajo ____ / ____ / ____

Registre aquí la información más reciente sobre salarios:

Desde	Fecha Hasta	Ingreso bruto	Horas
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	

16. Otros ingresos	
¿Es usted o alguien que vive con usted elegible para recibir o está recibiendo cualquier otro tipo de ingreso como Compensación por desempleo, Manutención infantil, Seguro Social, SSI, Compensación para trabajadores, Beneficios para veteranos, pensiones o ingresos por alquileres? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí , complete la sección siguiente. (Adjunte una hoja separada si fuera necesario.)	

Nombre	Tipo de ingreso	Cantidad	¿Recibido con qué frecuencia?	Fecha en que comenzó el ingreso

17. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted una orden del tribunal (obligación legal) para pagar por **manutención infantil** a un niño que no vive con usted? sí no

¿Pagado con qué frecuencia? Mensualmente Semanalmente Cantidad \$ _____

18. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted gastos de **guardería infantil o de atención de dependientes**? sí no

¿Pagado con qué frecuencia? Mensualmente Semanalmente Cantidad \$ _____

19. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted que tenga 60 años de edad como mínimo o que esté discapacitado/a gastos de **seguro médico**? sí no

¿Pagado con qué frecuencia? Mensualmente Semanalmente Cantidad \$ _____

20. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted tenga 60 años de edad como mínimo o que esté discapacitado/a **gastos médicos en efectivo**? sí no Si respondió **sí**, complete la sección siguiente.

Nombre	Tipo	¿Pagado con qué frecuencia?	Cantidad	Fecha en que comenzó a pagar

21. Gastos de vivienda

¿Qué tipo de gastos de vivienda tiene?

Renta/Hipoteca sí no

Cantidad de la Renta/Hipoteca por mes \$ _____

Impuestos de la propiedad sí no

Otro sí no

22. Gastos de servicios públicos

¿Qué tipo de gastos de servicios públicos paga en forma **separada** de su alquiler?

1. Pago por calentar mi casa (petróleo, gas, electricidad o propano, etc.) o comparto los costos de calefacción con otros. sí no
2. Tengo un aire acondicionado que uso en el verano, y pago por la electricidad o comparto el costo con otros. sí no
3. Tengo un aire acondicionado que uso en el verano, y pago una tarifa por usarlo. sí no
4. Pago por electricidad o gas o comparto este costo con otros. sí no
5. Pago por el servicio telefónico, incluyendo el servicio de teléfono celular (no un teléfono pre-pagado). sí no

AVISO DE DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y MULTAS (POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE)

Certifico bajo pena de perjurio que he leído, o me han leído, la información en esta solicitud y mis respuestas a las preguntas de esta solicitud, y que tales respuestas son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender. También certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas en cualquier suplemento que pudiera completar en el futuro serán verdaderas y completas a mi mejor saber y entender. Entiendo que dar declaraciones falsas o engañosas o tergiversar, ocultar o retener datos, ya sea en forma oral o por escrito, para establecer elegibilidad para SNAP es fraude, una Violación Intencional del Programa (IPV, por sus siglas en inglés), y es sancionable con multas civiles y criminales.

Entiendo que la información que proporcione en mi solicitud estará sujeta a verificación por parte de autoridades locales, estatales y federales, para determinar si tal información es verdadera; si cualquier información fuera falsa, los beneficios de SNAP podrían ser negados, y yo podría quedar sujeto a una prosecución criminal por proporcionar información falsa intencionalmente.

Entiendo que el programa SNAP es administrado por el Departamento de Asistencia Transitoria (DTA, por sus siglas en inglés), y que el DTA tiene 30 días desde la fecha en que presente mi solicitud para procesarla. Entiendo que debo informar a DTA sobre cualquier cambio en los ingresos de mi hogar, activos, dirección, arreglos de vivienda, tamaño de la familia, empleo y cualquier otro cambio en mi hogar que pueda afectar nuestra elegibilidad. Entiendo que debo informar sobre estos cambios a DTA en persona, por escrito o por teléfono **dentro de los 10 días del cambio** a menos que DTA me permita informar sobre cambios bajo las reglas del Informe anual de SNAP o las reglas de Beneficios transitorios alternativos (TBA, por sus siglas en inglés).

Entiendo que tengo derecho a hablar con un supervisor si no me consideran elegible para los beneficios rápidos de SNAP y, no estoy de acuerdo o me consideran elegible para servicios rápidos pero no recibo mis beneficios de SNAP al séptimo día calendario luego de la fecha en la que me inscribí en SNAP.

Entiendo que si opto por reportar gastos de atención infantil o de otro dependiente, renta/hipoteca, otros gastos de vivienda o servicios públicos, podría recibir un beneficio de SNAP mayor. También entiendo que si pago manutención infantil a una persona que no es parte del hogar, puedo reportar y brindar prueba de este gasto a DTA. Si no reporto o verifico los gastos listados arriba, podría recibir menos beneficios de SNAP cada mes, y se interpretará como mi declaración de que el hogar no desea recibir una deducción por los gastos no reportados o no verificados.

De igual manera entiendo que, si tengo 60 años o más o estoy discapacitado y pago por gastos médicos, puedo reportar y verificar estos gastos a DTA. Esto puede hacerme elegible para una deducción de ingresos y un aumento de mis beneficios de SNAP.

Entiendo que al firmar a continuación, todos los miembros del hogar entre los 16 y 59 años quedan automáticamente registrados para trabajar e inscritos en el Programa de capacitación y empleo de SNAP (SNAP/E&T, por sus siglas en inglés). La inscripción automática en SNAP/E&T le permite a los miembros del hogar acceder fácilmente a los servicios de SNAP/E&T. Los miembros del hogar no exentos serán notificados sobre los requisitos laborales, se les explicarán las exenciones y multas por incumplimiento y se derivarán a una actividad laboral, si corresponde.

Al firmar este formulario, doy permiso a DTA para verificar e investigar la información que he dado relacionada con mi elegibilidad para asistencia. Doy permiso a DTA para obtener cualquier expediente o datos y para verificar información dada en esta solicitud con otras agencias, incluidas las agencias federales y estatales, autoridades de vivienda locales, departamentos de beneficios sociales fuera del estado, instituciones financieras y de Equifax Workforce Solutions, que proporcionan información sobre salarios a DTA. También doy permiso a estas agencias para dar a DTA información sobre mi hogar relacionada con mis beneficios de SNAP.

El Departamento puede negar, cancelar o disminuir sus beneficios basándose en la información proporcionada por Equifax Workforce Solutions, una agencia de información sobre consumidores. Tengo derecho a recibir una copia gratuita de mi informe de Equifax si lo solicito dentro de los 60 días de la decisión del Departamento. Tengo derecho a cuestionar la exactitud de dicha información o a identificar información faltante. Podría comunicarme con Equifax en: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (línea gratuita).

Antes de ser aprobado para recibir beneficios, podría verificarse mi condición inmigratoria por medio de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), anteriormente conocido como INS. Entiendo que DTA podría remitir información de mi solicitud de SNAP a USCIS, y que cualquier información recibida de USCIS podría afectar la elegibilidad de mi hogar y la cantidad de beneficios recibida.

Entiendo que al firmar a continuación también doy permiso a DTA para compartir información sobre mí y mis dependientes menores de 19 años de edad con el Departamento de Educación Elemental y Secundaria (ESE, por sus siglas en inglés) para que mis dependientes estén automáticamente certificados para los programas de desayuno y almuerzo escolares. También doy permiso a DTA para compartir información sobre mí, mis dependientes menores de 5 años de edad y cualquier mujer embarazada en mi hogar con el Departamento de Salud Pública (DPH, por sus siglas en inglés) para que estos individuos sean referidos al Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés).

Entiendo que al firmar a continuación autorizo a DTA y a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts a compartir información sobre mi elegibilidad para recibir beneficios de asistencia pública con compañías de distribución eléctrica, de gas, y operadores de telecomunicaciones elegibles conforme a acuerdos de confidencialidad ejecutados por estas compañías, con el fin único de certificar mi elegibilidad para recibir descuentos en las tarifas de servicios públicos. También autorizo a DTA a compartir mi información con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD, por sus siglas en inglés) con el fin de inscribirme en el programa Heat & Eat.

Entiendo que recibiré una copia del folleto "Su derecho a saber" y el folleto del Programa de SNAP, que debo leer o hacer que me lean, y que debo entender su contenido y mis derechos y responsabilidades. Si tuviera preguntas sobre los folletos o cualquier parte de esta información, o si tengo dificultad para leer o entender cualquier parte de esta información me comunicaré con el DTA en el: 1-877-382-2363.

También juro que todos los miembros de mi hogar SNAP que solicitan beneficios de SNAP son ciudadanos de EE. UU. o no ciudadanos con una condición inmigratoria satisfactoria.

Derecho a inscribirse para votar

Entiendo que tengo derecho a inscribirme para votar en DTA. Entiendo que DTA me ayudará a completar el formulario de solicitud de inscripción del voto si necesitara ayuda y que puedo completar el formulario de solicitud de inscripción para votar en privado.

Entiendo que el hecho de inscribirme o negarme a inscribirme para votar no afectará la cantidad de asistencia que reciba de DTA.

Advertencia de multa de SNAP

Entiendo que si yo o cualquier miembro de mi hogar de SNAP intencionalmente rompe cualquiera de las reglas listadas a continuación, a esa persona se le podría prohibir estar en SNAP por *un año* luego de la primera infracción, *dos años* luego de la segunda infracción y *permanentemente* luego de la tercera infracción. Podría prohibirse a la persona recibir SNAP por el período de un año o permanentemente, recibir una multa de hasta \$250,000, prisión por hasta 20 años, o ambas. También puede estar sujeto/a a persecución bajo otras leyes federales y estatales aplicables. También podría prohibirse a la persona recibir SNAP por 18 meses adicionales si lo ordena un tribunal. Estas reglas son:

- No dar información falsa u ocultar información para obtener beneficios de SNAP.
- No cambiar o vender los beneficios de SNAP.
- No alterar las tarjetas de EBT para obtener beneficios de SNAP que no le corresponda recibir.
- No usar los beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles tales, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No usar los beneficios de SNAP o la tarjeta de EBT de alguna otra persona, a menos que usted sea un representante autorizado.

También entiendo que se pueden imponer las siguientes penalidades:

- Los individuos que cometan una Violación intencional del programa (IPV, por sus siglas en inglés) del **programa de efectivo** confirmada en una Audiencia de descalificación administrativa (ADH, por sus siglas en inglés), serán suspendidos de SNAP por el mismo período que el individuo esté suspendido de la recibir asistencia en efectivo.
- Los individuos que hagan una declaración o representación fraudulenta sobre su identidad o lugar de residencia para recibir beneficios múltiples de SNAP *simultáneamente* serán suspendidos de SNAP durante **diez años**.
- Los individuos que intercambien (compren o vendan) beneficios de SNAP por sustancias controladas/drogas ilegales, serán suspendidos de SNAP durante un período de **dos años** por la primera infracción, y **permanentemente** por la segunda infracción.
- Los individuos que intercambien (compren o vendan) beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, serán suspendidos de SNAP **permanentemente**.
- Los individuos que intercambien (compren o vendan) beneficios de SNAP que tengan un valor de \$500 o más, serán suspendidos de SNAP **permanentemente**.
- El estado podría iniciar una IPV contra un individuo que haga una oferta de venta de beneficios de SNAP o de una tarjeta de EBT en línea o en persona.
- Los individuos que estén escapando para evitar la persecución, detención o reclusión luego de haber sido condenados por una felonía, o estén violando una condición de libertad condicional, *no son elegibles* para participar en SNAP.
- Los individuos que no cumplan sin buena causa con los Requisitos laborales de SNAP serán descalificados de SNAP durante un período de **tres meses** por la primera infracción, **seis meses** por la segunda infracción y **doce meses** por la tercera infracción. Si se determina que el individuo que no cumple una tercera vez es el jefe de familia del hogar SNAP, *todo* el hogar dejará de ser elegible para participar en SNAP durante un período de **seis meses**.
- No se permite el pago de alimentos comprados a crédito; ello puede ocasionar la descalificación de SNAP.
- Los individuos no pueden comprar productos con beneficios de SNAP con la intención de desechar el contenido y devolver los envases a cambio de efectivo.

Derecho a un intérprete

Entiendo que tengo derecho a un intérprete proporcionado por DTA si ningún adulto en mi hogar SNAP fuera capaz de hablar o entender el inglés. También entiendo que puedo obtener un intérprete para cualquier audiencia imparcial de DTA o traer uno por mi cuenta. Si necesito un intérprete para una audiencia, debo llamar a la División de audiencias al menos una semana antes de la fecha de la audiencia.

Declaración no discriminatoria

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia o, donde corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o de paternidad, orientación sexual, o cuando todo o parte del ingreso de un individuo deriva de un programa de asistencia pública, o debido a información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o patrocinada por el Departamento. (No todas las condiciones prohibidas se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales.)

Si desea presentar una queja por discriminación del Programa de derechos civiles, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario o carta de queja completada por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o por fax (202) 690-7442, o envíe un mensaje de correo electrónico al program.intake@usda.gov.

Los individuos que son sordos, con dificultad auditiva o discapacidad del habla pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español).

Para cualquier otra información que se ocupe de temas del Programa de Asistencia Nutrición Suplementaria (SNAP), las personas deberían comunicarse con la Línea de asistencia de SNAP de USDA al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llamar a los números de la línea gratuita de información estatal (haga clic en el enlace para ver una lista de números de líneas gratuitas por estado), en línea en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

La ley de Massachusetts también prohíbe la discriminación, incluyendo la discriminación basada en la ascendencia. Para presentar una queja en Massachusetts contacte con:

Massachusetts Commission Against Discrimination (Comisión de Massachusetts contra la Discriminación), One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108; Teléfono: (617) 994-6000; TTY: (617) 994-6196.



FIRMA DEL SOLICITANTE: Al firmar esta solicitud, por la presente certifico bajo pena de perjurio que he leído (o me han leído) y entiendo y estoy de acuerdo con los “Derechos y responsabilidades,” y que las respuestas en esta solicitud y en cualquier documento adicional que proporcione al Departamento en el futuro son precisas y completas a mi mejor saber y entender. He leído la Advertencia de multa de SNAP en mi idioma original, o la misma me ha sido leída o interpretada. También certifico que todos los miembros de mi hogar SNAP que solicitan beneficios de SNAP son ciudadanos de EE. UU. o no ciudadanos con una condición inmigratoria satisfactoria.

Firma del solicitante: _____

Fecha _____