



## PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) SOLICITUD / REVALIDACIÓN



*Esta solicitud SOLO se puede usar para solicitar el subsidio SNAP*

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave y necesita esta solicitud en un formato alternativo, lo puede solicitar de su distrito de servicios sociales. Si desea información adicional sobre los tipos de formatos disponibles y sobre como solicitar un formulario en un formato alternativo, consulte el folleto de instrucciones (LDSS-4826A) o ingrese a [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave, ¿Le gustaría recibir notificaciones en un formato alternativo?  Sí  No

Si contestó «Sí», marque el tipo de formato que desea:  Letra Grande  CD de Datos  CD Audio  Braille, si usted determina que ninguno de los otros formatos alternos le serán de igual utilidad a usted.

Si usted necesita otra modificación, favor de comunicarse con su distrito de servicios sociales.

Puede utilizar este formulario abreviado si solamente quiere solicitar el subsidio SNAP. Si desea solicitar otros beneficios tales como, Asistencia Temporal, Asistencia para el Cuidado de Niños, Programa de Subsidio de Energía para el Hogar o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente.

### Quando usted solicita el subsidio SNAP

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, su domicilio (si tiene uno) y una firma. Esta información establece la fecha de presentación de la solicitud.
- Usted debe concluir todo el proceso de solicitud, incluida la entrevista y la firma en la declaración de certificación en la página 8 de la solicitud / revalidación para que se pueda determinar su habilitación. Si usted reúne los requisitos, recibirá los subsidios retroactivos a la fecha que usted sometió la solicitud.
- Usted puede solicitar y obtener el subsidio SNAP para aquellos miembros de su hogar que satisfacen los requisitos exigidos, aun cuando usted o el resto de los miembros del hogar no reúnan los requisitos debido a la condición de inmigrante. Por ejemplo, los padres inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar el subsidio SNAP para los hijos que sí reúnen los requisitos.
- Usted puede solicitar y cumplir con los requisitos del subsidio SNAP aun cuando ya haya finalizado su límite de tiempo para recibir Asistencia Temporal.

**¿Necesita los subsidios de SNAP de inmediato? Es posible que usted reúna los requisitos para la emisión acelerada del subsidio SNAP**

Si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos, o éstos son escasos, o sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, o usted es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca con pocos ingresos y recursos, o sin ningún ingreso o recurso al momento de solicitar los subsidios, usted podría ser apto para recibir el subsidio SNAP dentro de 5 días calendario de sometida la solicitud. Cuando un residente de una institución solicita los subsidios SSI y SNAP de manera conjunta antes de dejar la institución, se utilizará la fecha de alta de la institución como la fecha de registro de la solicitud.

**¿Dónde puede solicitar el subsidio SNAP?**

Si usted vive **fuera** de la Ciudad de Nueva York, puede someter una solicitud por internet en el sitio web [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov), o llame o visite la oficina de servicios sociales del distrito del condado en el que usted vive y pida el paquete de solicitud, el cual se puede mandar por correo o entregar a la oficina apropiada. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono del distrito de servicios sociales de su condado marcando gratis el: **1-800-342-3009**.

Si usted vive en la **Ciudad de Nueva York** y **no** está también solicitando Asistencia Temporal, puede someter una solicitud por internet en el sitio web [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov), o llame o visite cualquier oficina del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y pida un paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono marcando el: **1-718-557-1399** o el número de teléfono gratis: **1-800-342-3009**.

**¿No le es posible presentarse en nuestras oficinas para la cita de entrevista de SNAP?**

Si se le dificulta presentarse a la cita de entrevista de SNAP (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud, transporte o cuidado de niños), en algunos casos le podremos entrevistar por teléfono u otra persona puede someter la solicitud en su representación. Le sugerimos comunicarse con la oficina de servicios sociales de su distrito si tiene preguntas y para saber si se le puede entrevistar por teléfono, o si **necesita cambiar la fecha de la entrevista**.

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE  
**SOLICITUD / REVALIDACIÓN DE SUBSIDIO SNAP**

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	<input type="checkbox"/> Apply <input type="checkbox"/> Recertify	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	---	------

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Otro número de teléfono donde se le pueda localizar: \_\_\_\_\_  
 Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, NY Código Postal \_\_\_\_\_ **1**  
 Dirección Postal (si es diferente): \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, NY Código Postal \_\_\_\_\_  
 Conocido(a) por otro nombre: \_\_\_\_\_ Usted está:  Solicitando  Revalidando Quiere recibir avisos en:  Español e Inglés o  Inglés **solamente**

Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, la dirección de su domicilio (si tiene uno) y su firma en este encasillado. →	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE <b>2</b>	FECHA DE LA FIRMA
---	--	-------------------

**Haga una lista de todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando subsidios. Escriba su nombre primero.**

L N	Primer Nombre	Inicial	Apellido	Número de Seguro Social del Solicitante (si no tiene uno, escriba «Ninguno»)	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Sexo M F	¿Está solicitando subsidios esta persona?		Parentesco con usted	¿Compra o prepara las comidas con usted esta persona?		¿Hispano o Latino?		Indique S (Sí) o N (No) para cada código de raza* (Definición de códigos abajo)					
								Sí	No		Sí	No	Sí	No	I	A	B	P	W	
1								✓		Yo mismo(a)	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

\*Códigos de raza / etnia: **I** – americano autóctono o nativo de Alaska, **A** – asiático, **B** – negro o afroamericano, **P** – nativo de Hawai o islas del Pacífico, **W** – Blanco  
 El suministro de estos datos se hace de manera voluntaria. Ello no afectará la habilitación de las personas que hacen la solicitud o el nivel de subsidios que reciban.  
 Esta información se utiliza para garantizar que los subsidios del programa se distribuyan sin importar la raza, color de piel o nacionalidad de origen.

¿Es usted y todas las personas que viven con usted, ciudadanos estadounidenses?  Sí  No En caso negativo, ¿Quién no es ciudadano? \_\_\_\_\_

¿Está usted o alguna de las personas que viven en su hogar, solicitando o recibiendo SNAP o Asistencia Temporal en otro lugar?  Sí  No

¿Es usted o alguna de las personas que viven con usted, veterano de guerra?  Sí  No En caso afirmativo, ¿Quién? \_\_\_\_\_ **4**

¿Reside usted o alguna de las personas que viven con usted, en un centro de tratamiento por drogadicción o alcoholismo, residencia en grupo o apartamento certificado y supervisado por el Estado con servicios de apoyo?  Sí  No

Si usted está haciendo una revalidación de SNAP, liste en la página 9 todo cambio ocurrido en las circunstancias de su hogar desde la última vez que presentó su solicitud o revalidación (por ejemplo: se mudó, tuvo un(a) niño(a), alguien vino a vivir a su hogar o se marchó del hogar).

### INGRESOS

Haga una lista de **TODOS** sus ingresos y los de todas las personas que viven con usted. Las fuentes pueden ser, sin carácter limitativo: salarios, ingresos de trabajo por cuenta propia menos los gastos de operación (por ejemplo: niñera, tareas de limpieza, huésped o pensionista), sustento de menores, pensiones, pensión de veteranos, discapacidad, seguro social o SSI, subsidios de becas para alquiler o alimentos, Asistencia Temporal e ingresos provenientes de amigos o parientes.

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Fuente del ingreso	Horas trabajadas por mes	¿Con qué frecuencia lo recibe? (por ejemplo: semanal, quincenal, mensual)	Cantidad en bruto recibida antes de las deducciones

¿Tiene usted o las personas que viven con usted, gastos por cuidado de niños o por personas a cargo relacionados con el empleo o la capacitación?  Sí  No ¿Contestó Sí?  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_ Cantidad pagada \$ \_\_\_\_\_. ¿Con qué frecuencia se paga? (por ejemplo: semanal, mensual) \_\_\_\_\_.

¿Acaso usted o alguna de las personas que viven con usted, ha cambiado de trabajo, dejado el trabajo, o ha tenido una reducción en la fuente de ingresos en los últimos 30 días – inclusive menos horas de trabajo o menos ingresos?  Sí  No

¿Cuenta usted o alguna de las personas que viven con usted, con un ingreso potencial que aun no ha recibido?  Sí  No ¿Contestó Sí? Explique en la página 9. 5

¿Está usted o alguna de las personas que vive con usted, participando en una huelga?  Sí  No En caso afirmativo, ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Es usted, o alguna de las personas que viven con usted: pensionista, niño a cuidado de crianza o adulto a cuidado de crianza?  Sí  No

Si contestó «Sí», marque B para pensionista o F para cuidado de crianza y escriba el nombre.  B  F Nombre: \_\_\_\_\_

### RECURSOS

Los recursos no afectan la habilitación de la mayoría de los hogares que solicitan SNAP. Sin embargo, ciertos datos de recursos se utilizan para determinar si usted es apto para el proceso acelerado.

¿Cuánto dinero tienen las personas que viven en su hogar? (Por ejemplo: cuánto tienen consigo, en su hogar; en la cuenta corriente y de ahorros y en otros lugares, incluidas las cuentas en tenencia conjunta). \$ \_\_\_\_\_ Pertenecen a \_\_\_\_\_

¿Otros activos financieros? (Por ejemplo: acciones, bonos, cuentas de jubilación, bonos de ahorro, fondos mutuos, cuentas IRA, fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero)  
 Sí  No En caso afirmativo, Monto \$ \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_ 6

¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tiene usted o las personas que viven con usted?  
 \_\_\_ Nº 1 Año \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Nº 2 Año \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_

¿Acaso usted o alguno de los solicitantes, es dueño de una propiedad, incluida una casa propia?  Sí  No ¿Contestó Sí? Propiedad \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_.

¿Alguno de los solicitantes vendió, regaló o transfirió dinero o propiedades durante los últimos tres meses con el fin de reunir los requisitos para recibir el subsidio SNAP?  Sí  No

### VIVIENDA Y GASTOS

Marque todas las descripciones que correspondan a su hogar:

- Casa propia o pagando la casa  Alquila  Trabajador migrante / estacional de finca  No tiene vivienda permanente  Vive con parientes o amigos

Indique gastos:

Pagos mensuales de alquiler o hipoteca \$ \_\_\_\_\_ Impuestos inmobiliarios anuales \$ \_\_\_\_\_ Seguro anual de la casa \$ \_\_\_\_\_ 7

¿Paga calefacción por separado?  Sí  No En caso afirmativo, Tipo de calefacción:  Gas  Electricidad  Aceite  Leña  Carbón  Propano  Otro (Indique) \_\_\_\_\_.

Nombre de compañía de calefacción \_\_\_\_\_ Nº de cuenta \_\_\_\_\_

## VIVIENDA Y GASTOS (continuación)

- ¿Paga por aire acondicionado, ya sea en la factura de electricidad o por separado?  Sí  No
- ¿Paga servicios públicos por separado (*aparte de calefacción / aire acondicionado*)?  Sí  No (*Por eje., luz, gas para cocinar, colecta de basura, agua, pago inicial por servicios públicos*).
- ¿Paga alguna otra persona estos gastos por usted (*por ejemplo: Sección 8 u otro programa de subsidio*)?  Sí  No *En caso afirmativo, ¿Quién paga qué?* \_\_\_\_\_
- ¿Paga usted o alguna de las personas que vive con usted, sustento de menores por orden judicial?  Sí  No *En caso afirmativo, ¿Quién?* \_\_\_\_\_
- Nombre(s) del niño(s) por los cuales paga sustento de menores \_\_\_\_\_
- Cantidad del pago \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de los pagos (*por ejemplo, semanal, quincenal, mensual*) \_\_\_\_\_
- ¿Acaso usted o alguna de las personas que viven con usted es ciego, discapacitado, está embarazada o tiene por lo menos 60 años de edad?  Sí  No  
*En caso afirmativo, ¿Quién?* \_\_\_\_\_
- ¿Tiene esa persona gastos médicos?  Sí  No *En caso afirmativo, haga una lista en la página 9 de dichos gastos indicando el tipo de gasto, el monto y quién los paga.*
- ¿Recibe usted o alguna de las personas que viven con usted Medicaid con sobrante (*spendown*)?  Sí  No *En caso afirmativo, ¿Quién?* \_\_\_\_\_ *Monto \$* \_\_\_\_\_
- ¿Usted o alguna de las personas que vive con usted (*de 16 o 17 años de edad*) asiste a la escuela o participa en un programa de capacitación?  Sí  No *En caso afirmativo, ¿Quién?* \_\_\_\_\_ *Nombre de la institución o programa de capacitación* \_\_\_\_\_
- ¿Está usted, o alguna de las personas que viven con usted, entre las edades de 18 y 49 años, asiste a la escuela o a un programa de capacitación (más allá de la escuela secundaria)?  
 Sí  No *En caso afirmativo, ¿Quién?* \_\_\_\_\_ *Nombre de la escuela / programa* \_\_\_\_\_
- Tiempo Completo (FT)*  Sí  No      *Ingreso*  Sí  No      *Gastos*  Sí  No

## Consteste estas preguntas:

- ¿Está usted o alguna de las personas que viven con usted, en contravención de las reglas de libertad condicional (probation) o libertad bajo palabra (parole) o está huyendo para evitar un juicio, custodia o prisión por un delito grave, y actualmente es un fugitivo de la ley?  Sí  No *Si contestó «Sí», ¿Quien?* \_\_\_\_\_
- ¿Está usted o alguna de las personas que viven con usted, en violación de libertad probatoria (probation) o libertad bajo palabra (parole) impuesta por un juez?  Sí  No  
*Si contestó «Sí», ¿Quién?* \_\_\_\_\_
- ¿Ha sido usted o alguna de las personas que viven con usted, alguna vez suspendido(a) del programa SNAP por razones de fraude o violación intencional al programa?  
 Sí  No *Si contestó «Sí», ¿Quién?* \_\_\_\_\_
- ¿Acaso usted o alguna de las personas que viven con usted, ha sido declarado culpable de traficar el subsidio SNAP a cambio de armas de fuego, municiones, explosivos o drogas después del 22 de septiembre de 1996?  Sí  No *Si contestó «Sí», ¿Quién?* \_\_\_\_\_
- ¿Acaso usted o alguna de las personas que viven con usted, ha sido declarada culpable de comprar o vender subsidios SNAP por un monto combinado de \$500 o más, posterior al 22 de septiembre de 1996?  Sí  No *Si contestó «Sí», ¿Quién?* \_\_\_\_\_
- ¿Acaso usted o alguna de las personas que viven con usted, ha sido declarado culpable de recibir fraudulentamente subsidios SNAP de un Estado posterior al 22 de septiembre de 1996?  
 Sí  No *Si contestó «Sí», ¿Quién?* \_\_\_\_\_

**Puede usar la página 9 si necesita más espacio o hay más información que usted crea necesitamos.**

## LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

**ADVERTENCIA SOBRE MULTA RELACIONADA CON SNAP** – Toda información que usted suministre en relación con su solicitud del subsidio SNAP estará sujeta a verificación por autoridades federales, estatales y locales. De encontrarse información inexacta, se le podrá negar el subsidio SNAP. Se le someterá a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información incorrecta que afecten su habilitación para recibir el subsidio o el monto de dicho subsidio. Toda persona que esté en violación de una de las reglas de libertad condicional («probation») o libertad bajo palabra («parole») o que esté huyendo para evitar un juicio, custodia o prisión por un delito grave, y actualmente es un prófugo de la ley, no es apto para recibir el subsidio SNAP.

Si un integrante del grupo familiar beneficiario de SNAP es declarado culpable de Violación Intencional del Programa (IPV), esa persona no podrá recibir SNAP por un período de:

- 12 meses por la primera Violación Intencional del Programa SNAP (SNAP-IPV);
- 24 meses por la segunda Violación Intencional del Programa SNAP;
- 24 meses por la primera SNAP-IPV, si un tribunal de justicia lo declara culpable de haber utilizado o recibido subsidios de SNAP en una transacción de venta de una sustancia controlada. (Drogas ilegales o ciertas drogas para las cuales se requiere una receta médica).
- Por 120 meses, si se le declara culpable de haber hecho una declaración falsa sobre su identidad o su domicilio, con el fin de obtener múltiples SNAP simultáneamente, a menos que sea inhabilitado permanentemente por una tercera IPV. Además, un tribunal de justicia también podrá impedir que una persona reciba subsidios de SNAP por un período adicional de 18 meses.

Inhabilitación permanente de un individuo por:

- La primera SNAP-IPV, según la decisión de un tribunal por usar o recibir subsidios SNAP en una transacción de venta de armas de fuego, municiones o explosivos.
- La primera SNAP-IPV, según la decisión de un tribunal de justicia que lo declara culpable de traficar subsidios de SNAP por un monto combinado de \$500 o más (tráfico incluye: uso, transferencia, obtención, alteración o posesión ilegal de fondos de SNAP, tarjetas de autorización o dispositivos de acceso).
- Por la segunda SNAP-IPV, según la decisión de un tribunal de justicia que lo declara culpable de haber recibido subsidios de SNAP en una transacción de venta de sustancias controladas. (Drogas ilegales o ciertas drogas para las cuales se requiere una receta médica).
- Todas las terceras Violaciones Intencionales del Programa SNAP.

Toda persona culpable de un delito grave por, a sabiendas, usar, transferir, adquirir, alterar o poseer tarjetas de autorización de SNAP o dispositivos de acceso, se le podrá imponer una multa de hasta \$250,000; una pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones. El individuo también podrá estar sujeto a enjuiciamiento penal conforme las leyes federales y estatales.

Se le podría declarar inhabilitado para recibir SNAP o declarado culpable de una Violación Intencional del Programa (IPV) si usted:

- Hace una declaración falsa o engañosa o hace una representación falsa, oculta o retiene hechos con el fin de habilitar para recibir subsidios o recibir más subsidios; o
- Compra un producto con subsidios SNAP con el fin de obtener dinero en efectivo desechando intencionalmente el producto y devolviendo el envase por el monto del depósito; o
- Comete o intenta cometer un acto que constituye una violación de una ley federal o estatal con el objeto de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar subsidios de SNAP, tarjetas de autorización o documentos reusables utilizados como parte del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Además, no está permitido lo siguiente y se le puede inhabilitar para recibir el subsidio SNAP o estará sujeto a sanciones por las siguientes acciones:

- Usar o tener posesión de tarjetas EBT que no le pertenecen a usted sin el consentimiento del titular de la tarjeta; o
- Usar el subsidio SNAP para comprar artículos no comestibles, tales como alcohol y cigarrillos, o pagar por comida previamente adquirida a crédito; o
- Permitir que otra persona use su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT), a cambio de dinero en efectivo, armas de fuego, municiones, explosivos, o drogas; o comprar alimentos para personas que no forman parte del grupo familiar beneficiario de SNAP.

Si usted recibe un monto mayor de subsidio SNAP del que debería recibir (pago en exceso), debe reembolsarlo. Si su caso está activo, deduciremos el monto del pago en exceso de pagos futuros de subsidio SNAP que usted reciba. Si su caso está cerrado, puede reintegrar el monto del pago en exceso por medio de todo monto vigente de subsidio de SNAP acreditado a su cuenta, o puede pagarlo con dinero en efectivo.

Si tiene vigente un pago en exceso no reintegrado, el monto de dicho pago estará sujeto a acciones de cobro, inclusive el cobro automático por parte del gobierno federal.

Las prestaciones federales (tales como el Seguro Social) y los reembolsos de impuestos a los que usted tenga derecho, se le podrán retener como pago del monto en exceso adeudado. A la deuda también se le sumarán los costos pertinentes de procesamiento.

Todo subsidio SNAP extraído de su cuenta EBT se usará para reducir los pagos en exceso pendientes. Si usted solicita nuevamente SNAP, y no ha reintegrado el monto adeudado, sus subsidios SNAP se reducirán si usted comienza a recibir nuevamente el subsidio SNAP. Se le notificará en ese entonces del monto reducido de subsidios que usted recibirá.

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN**

**CONSENTIMIENTO** – Entiendo que al firmar este formulario de solicitud doy mi consentimiento para que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) o mi distrito local de servicios sociales, verifique o confirme los datos que he suministrado o para que realice todo otro tipo de investigación en relación con mi solicitud de SNAP. Proporcionaré información adicional si es necesario. Además, cooperaré con el personal estatal y federal en la realización de toda revisión de control de calidad pertinente al programa SNAP.

Entiendo que al firmar esta solicitud / certificación, doy mi consentimiento para que toda agencia gubernamental autorizada lleve a cabo toda investigación necesaria para verificar o confirmar la información que he proporcionado en conexión con el subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Además, doy mi consentimiento para que los datos suministrados en conexión con esta solicitud se usen para derivaciones al Programa de Asistencia con Gastos de Climatización y los programas de asistencia para beneficiarios de bajos ingresos de mi suministrador de servicios públicos. Entiendo que el Estado usará mi número de Seguro Social con motivo de verificar con los suministradores de servicios públicos el recibo del subsidio HEAP. Esta autorización también otorga permiso a los contratistas de servicios públicos (incluyendo mi servicio) a revelar ciertos datos estadísticos, entre ellos, aunque sin carácter limitativo: mi consumo anual de combustible, tipo de combustible e historial de pagos. Dichos datos se revelarán a la oficina estatal (Office of Temporary and Disability Assistance) y al distrito local de servicios sociales con el fin de llevar a cabo estudios relativos al Programa de Subsidio de Energía para el Hogar para Beneficiarios de Bajos Recursos (LIHEAP).

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE SEGURO DE DESEMPLEO:** Autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (New York State Department of Labor - DOL) a divulgar todo dato confidencial con que DOL cuente para propósitos de seguro por desempleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Entre dichos datos se citan reclamos de seguro por desempleo y registros salariales. Entiendo que la Oficina de OTDA, junto con los empleados de organismos locales y estatales que trabajan en oficinas de distrito de servicios sociales locales, utilizarán la información del seguro por desempleo para establecer o verificar si se reúnen los requisitos, y el monto del subsidio SNAP que se solicita en la presente solicitud, y con el fin de investigar si recibí los subsidios a los que tenía derecho.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A LOS SUMINISTRADORES** - Con el propósito de verificar mi habilitación para recibir servicios y pagos suministrados por el Estado o contratista local relacionados con la administración del programa autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir los datos relacionados con el subsidio del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria que yo o algún miembro de mi grupo familiar beneficiario a quien legalmente le pueda dar autorización haya recibido. Tales servicios pueden incluir, aunque sin carácter limitativo, servicios de colocación de empleo o de capacitación, con el fin de ayudarme o ayudar a los miembros de mi grupo familiar beneficiario a conseguir y retener un empleo.

**CAMBIOS** – Acepto informar con **prontitud** a la agencia de todo cambio que se produzca pertinente a mis necesidades, ingresos, propiedad, condiciones de vivienda, situación de adultos habilitados para trabajar sin dependientes (ABAWD), incluyendo si mis horas de trabajo bajan de 80 horas al mes, embarazos y cambio de domicilio, según mi leal saber y entender, y según lo establecen las normas vigentes sobre informe de cambios.

**RESPONSABILIDAD DE REPORTAR / VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR** – Entiendo que mi hogar deberá informar sobre todo gasto incurrido por cuidado de niños y servicios públicos con el fin de poder obtener una deducción por estos gastos en el programa SNAP. Además, entiendo que mi hogar deberá informar y verificar pagos de alquiler / hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguro, gastos médicos y sustento de menores desembolsados a una persona que no sea miembro del grupo familiar con el fin de obtener una deducción SNAP por esos gastos. Entiendo que el no informar / verificar los gastos anteriores se interpretará como una declaración por parte de mi hogar de que yo / nosotros no quiero / no queremos obtener la deducción por tales gastos no informados / verificados. Una deducción por estos gastos podrá habilitarme para recibir SNAP o aumentar mi subsidio SNAP. Entiendo que puedo informar / verificar estos gastos cuando lo desee en el futuro. Esta deducción se aplicará al cálculo de subsidio SNAP en los meses subsiguientes según las reglas sobre informe y proceso de cambios.

Al solicitar SNAP, entiendo que el distrito de servicios sociales solicitará y usará los datos disponibles por medio del Sistema de Verificación de Ingresos y Habilitación con el fin de investigar mi solicitud y podrá verificar estos datos por medio de contactos secundarios de encontrarse discrepancias. También entiendo que dichos datos pueden afectar mi habilitación para recibir SNAP o el monto del subsidio SNAP que reciba.

**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - RECOPIACIÓN Y USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)** – La recopilación de los números de seguro social de cada miembro del grupo familiar con relación al subsidio SNAP está autorizada conforme el Acta sobre Alimentación y Nutrición de 2008. Los datos que recopilamos se usarán para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para recibir la asistencia o el subsidio. Verificaremos estos datos por medio de un emparejamiento computarizado de datos. Estos datos también se utilizarán para monitorear el cumplimiento de las reglas del programa y la administración del programa. Estos datos se podrán divulgar a agencias estatales y federales para una revisión oficial y a autoridades del orden público con el propósito de arrestar a toda persona prófuga de la justicia. Los datos se usarán para verificar identidad y para verificar ingresos devengados y no devengados.

En caso de que se presente una queja por parte del programa SNAP en contra de su grupo familiar, la información contenida en esta solicitud, incluido los números de Seguro Social, se podrá remitir a las agencias estatales y federales, como también a agencias privadas de cobranzas de deuda, con el fin de llevar a cabo toda acción de cobro de deuda. Toda persona que solicite el subsidio SNAP debe suministrar un número de Seguro Social. Todo número de Seguro Social de los miembros del grupo familiar que no reúnen los requisitos también se usará y divulgará de la misma manera descrita anteriormente. Si usted o alguno de los otros solicitantes (o personas que revalidan) no tiene un número de seguro social, deberá solicitar un número de seguro social ante la Administración de Seguro Social (SSA.gov).

## LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

Además de utilizar los datos para los fines antes descritos, el Estado también usa dichos datos para análisis estadísticos sobre beneficiarios de Subsidio de Energía para el Hogar. El Estado también la usa para realizar controles de calidad con el objeto de asegurarse de que los distritos locales están haciendo su trabajo de la mejor manera posible. Se usa para verificar su proveedor de servicios energéticos y con motivo de remitir pagos a dichos proveedores.

**CIUDADANÍA / CONDICIÓN DE EXTRANJERO** – Declaro bajo juramento o afirmo, so pena de perjurio, que la información que presenté sobre mi situación de ciudadanía o situación de extranjero, y sobre el de las personas que viven en mi hogar, es verdadera y exacta. Entiendo que la veracidad de toda información que suministre con el fin de verificar la condición de inmigrante de toda persona que solicite SNAP, se podrá verificar con el Servicio de Inmigración y Ciudadanía Estadounidense.

En cuanto al programa SNAP, ciudadanía estadounidense debe ser documentada solamente si existe duda.

**AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS** – Conforme la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture - USDA, siglas en inglés), se prohíbe que la USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas de USDA, discriminen sobre la base de raza, color de piel, nacionalidad de origen, sexo, creencia religiosa, discapacidad, edad, e ideas políticas; o que tomen represalias o venganzas por acciones previas de derechos civiles realizadas ante un programa o actividad administrado o financiado por USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios de comunicación alternos sobre información de programa (por eje., Braille, letra impresa grande, grabaciones de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los subsidios. Las personas con sordera, dificultades auditivas o discapacidades de habla, pueden comunicarse con la oficina de USDA por medio del sistema de transmisión federal (Federal Relay Service) marcando el (800) 877-8339. Además, se podrá suministrar información sobre programas en otros idiomas aparte del inglés.

Si desea registrar una queja de discriminación de un programa, rellene el Formulario de Queja de Discriminación - Programa de USDA, (AD-3027), el cual encontrará en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html); o en una oficina de USDA; o mande una carta a USDA suministrando toda la información solicitada en el formulario. Si desea solicitar una copia del formulario de queja, marque el (866) 632-9992. Someta su formulario relleno o carta a USDA:

- 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; or
- (3) Por email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).



Esta entidad brinda igualdad de oportunidades.



LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

**REPRESENTANTE AUTORIZADO** – Usted puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar para que solicite el subsidio SNAP por usted. Además, también puede autorizar a otra persona que no sea miembro de su grupo familiar para que obtenga los subsidios SNAP en su representación y compre los alimentos por usted. Si desea autorizar a otra persona, deberá hacerlo por escrito. Puede hacerlo escribiendo el nombre de esa persona, domicilio y número de teléfono en la sección que aparece más adelante. Cuando un representante autorizado solicita el subsidio SNAP a favor de un miembro del grupo familiar y ese miembro no reside en una institución, tanto el representante autorizado como el adulto responsable del hogar beneficiario de SNAP deben firmar y fechar la sección de firmas al pie de esta página, a no ser que el Representante Autorizado ya haya sido asignado por escrito por el grupo familiar beneficiario.

9

SI QUIERE AUTORIZAR A OTRA PERSONA, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DE LA PERSONA, EL DOMICILIO, NÚMERO DE TELÉFONO Y FIRME A CONTINUACIÓN.

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN:** juro o declaro so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito local de Servicios Sociales es verdadera. Se requiere su firma a continuación para concluir el proceso de solicitud.

10

FIRMA DEL SOLICITANTE (o adulto responsable miembro del grupo familiar)  X	FECHA DE LA FIRMA
FIRMA del Representante Autorizado  X	FECHA DE LA FIRMA

SI USTED AYUDÓ A OTRA PERSONA A LLENAR ESTA SOLICITUD / REVALIDACIÓN, ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE SUYO Y DOMICILIO EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE. PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Utilice esta página para información adicional:

¿Quién?: \_\_\_\_\_ Explicación:

¿Quién?: \_\_\_\_\_ Explicación:

¿Quién?: \_\_\_\_\_ Explicación:

11

**ACEPTO RETIRAR MI SOLICITUD / REVALIDACIÓN.** Entiendo que puedo volver a presentar una solicitud cuando yo quiera.

FIRMA

12

FECHA

**Para uso exclusivo de la agencia (For Agency Use Only)**

Eligibility Determined by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Employed by:  Social Services District  Provider Agency

(Specify) \_\_\_\_\_

Reason \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Withdrawal  Denial  Recert. Closing

Eligibility Approved by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

SNAP Authorization Period: From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

**IN-PERSON INTERVIEW**  **TELEPHONE INTERVIEW**

**Comments:**

# Formulario de inscripción de votante en una agencia del estado de Nueva York

**"Si no está inscrito para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría inscribirse para votar aquí hoy?"**

- SÍ** Si marcó **SÍ**, llene la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE** a continuación
- NO** porque opté por no registrarme **O**
- Ya estoy inscrito para votar en mi domicilio actual **O**
- Solicité y recibí un formulario de inscripción por correo

*Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no inscribirse para votar en este momento.*

Firma

Fecha

Escriba su nombre en letra de molde

## ¡Importante!

Inscribirse o negarse a inscribirse para votar no afectará la ayuda que le dará esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción de votante, lo ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Information in English: If you are interested in obtaining this form in English, call 1-800-367-8683

Rev. 2/2015

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE (instrucciones al dorso)

Si, necesito una solicitud para recibir una Boleta de votación por correo **Llene en letra de molde con tinta azul o negra**  Si, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió <b>NO</b> , no llene este formulario		2	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió <b>NO</b> , no llene este formulario a menos que cumpla 18 años antes de fin de año.		Para uso exclusivo de la Junta Electoral
	3	Apellido Título		Nombre Inicial del segundo nombre		
4	Domicilio particular donde vive (no un P.O. Box)		Apt. N.º	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal	Condado
5	Domicilio donde recibe el correo (si es diferente del anterior)		P.O. Box, Star Route, etc.	Oficina de correo	Código postal	
6	Fecha de nacimiento	7	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8	Teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)
10	Año en que votó por última vez	Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad)		9	Número de identificación (marque la casilla que corresponda y escriba su número)	
	En el condado/estado	Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)			<input type="checkbox"/> Número de DMV del estado de Nueva York — — — — —	<input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social — — — —
11	<b>Partido político</b>		12		<b>Declaración jurada: Juro o declaro que</b>	
	<b>Deseo afiliarme a un partido político</b>					
<input type="checkbox"/> Partido Democrático <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido Verde <input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras		<input type="checkbox"/> Partido de la Independencia <input type="checkbox"/> Partido de Igualdad de las Mujeres <input type="checkbox"/> Partido de la Reforma <input type="checkbox"/> Otros _____		<ul style="list-style-type: none"> <li>Soy ciudadano de los Estados Unidos.</li> <li>Habré residido en el condado, ciudad o aldea por lo menos 30 días antes de las elecciones.</li> <li>Cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York.</li> <li>La firma o seña a continuación es de mi puño y letra.</li> <li>La información anterior es verdadera, y entiendo que en caso de no serlo, se me puede condenar y multar con hasta \$5,000 y/o encarcelar por hasta cuatro años.</li> </ul>		
<input type="checkbox"/> No deseo afiliarme a ningún partido político		<input type="checkbox"/> Ningún partido		Firma o seña en tinta		Fecha

## (Opcional) Inscribese para donar sus órganos o tejidos

Apellido		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Título
Domicilio		
Apt N.º	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Color de ojos	Estatura pies pulg.	

Con su firma a continuación, usted certifica que:

- Tiene 18 años o más;
- Otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- Autoriza a la Junta Electoral a entregar su nombre e información de identificación al DOH para inscribirse en el Registro;
- Y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información por organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, por bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y por hospitales en caso de que usted fallezca.



Firma

Fecha

## Calificaciones para la inscripción

## ¡Importante!

### Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre y/o domicilio, si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación.

### Para inscribirse debe:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años al 31 de diciembre del año en el que presente este formulario (nota: debe tener 18 años en la fecha de las elecciones generales, primarias o de otro tipo en las que desee votar);
- ser residente del condado, o de la ciudad de Nueva York, al menos 30 días antes de las elecciones;
- no debe estar en prisión ni en libertad condicional (parole) por haber cometido un delito grave; y
- no debe reclamar el derecho a votar en otro lugar.

Si considera que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, con su derecho a decidir si inscribirse o a presentar la solicitud de inscripción para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede reclamar ante:

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St, Suite 5  
Albany, NY 12207-2729

Teléfono: 1-800-469-6872;

Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema retransmisor del estado de Nueva York al 711; o visitar nuestro sitio web: [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

Su decisión de inscribirse será confidencial y solo se utilizará para inscribirlo como votante. Los que decidan no inscribirse para votar y/o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales, y se utilizarán exclusivamente a los fines de la inscripción como votante.

## Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número de DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor), o mediante los cuatro últimos dígitos de su número de su Seguro Social, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número de DMV o de Seguro Social, puede usar una identificación con foto válida, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancario, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y domicilio. Con este formulario puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

## Para llenar este formulario:

### **Es delito procurar una inscripción falsa o dar información falsa a la Junta Electoral.**

*Casilla 9:* Debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte Verificación de identidad más arriba.

*Casilla 10:* Si nunca ha votado, escriba "Ninguna". Si no puede recordar cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación (?). Si votó con un nombre diferente, anote ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

*Casilla 11:* Marque únicamente una casilla. La afiliación a un partido político es opcional, pero para poder votar en una elección primaria de un partido político, los votantes deben estar afiliados a ese partido político, salvo que las normas del partido indiquen otra cosa.