

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) CÓMO LLENAR LA SOLICITUD O REVALIDAR PARA RECIBIR EL SUBSIDIO SNAP DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO

Esta solicitud SÓLO se puede usar para solicitar el subsidio SNAP

Si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave y necesita esta solicitud o estas instrucciones en un formato alternativo, lo puede solicitar de su distrito de servicios sociales (SSD, por sus siglas en inglés). Se ofrecen los siguientes formatos alternos:

- Letra impresa grande;
- Formato de datos (archivo electrónico accesible por lector de pantalla);
- Formato en audio (una transcripción en audio de las instrucciones o preguntas sobre la solicitud); y
- En Braille, si usted determina que ninguno de los otros formatos alternos le serán de igual utilidad a usted.

Las solicitudes y las instrucciones también las puede descargar en letra grande, formato de datos y formato audio en www.otda.ny.gov. Tenga en cuenta que las solicitudes se pueden obtener en formato audio y Braille exclusivamente para propósitos informativos. Si desea hacer una solicitud, usted debe someter una solicitud por escrito, en un formato no alternativo.

Si padece de una incapacidad que no le permite rellenar esta solicitud y/o esperar a ser entrevistado, favor de comunicárselo a su oficina de SSD.

Si necesita otras modificaciones o necesita otro tipo de ayuda para rellenar esta solicitud, comuníquese con su oficina de SSD. Nuestro compromiso es prestarle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa.



NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) CÓMO LLENAR LA SOLICITUD O REVALIDAR PARA RECIBIR EL SUBSIDIO SNAP DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO



Esta solicitud SÓLO se puede usar para solicitar el subsidio SNAP

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 (HEAP) o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente.

Quando usted solicita el beneficio 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 su 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 revalidación 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 satisfagan los requisitos exigidos, aún 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 satisfacen los requisitos.
- Usted aún puede solicitar y cumplir con los requisitos para recibir el subsidio SNAP, incluso si han finalizado los límites de tiempo de su Asistencia Temporal.

¿Necesita el subsidio SNAP de inmediato? Es posible que usted reúna los requisitos para la tramitación acelerada de su solicitud de 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 es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca con pocos ingresos y recursos, o sin ningún ingreso o recurso al momento de solicitar beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir el subsidio SNAP dentro de los cinco días 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 en las **afueras** de la Ciudad de Nueva York, puede someter una solicitud mediante el sitio web myBenefits.ny.gov; o llame o visite el distrito local de servicios sociales del condado en el que vive y pida el paquete de solicitud que puede enviar por correo o llevarla a la oficina apropiada. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono del distrito local de servicios sociales llamando al número gratuito **1-800-342-3009**.

Si vive en la **Ciudad de Nueva York** y **no** está también solicitando Asistencia Temporal, someta la solicitud mediante el sitio web myBenefits.ny.gov; llame o visite cualquier oficina del programa SNAP y pida su paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al **1-718-557-1399** o al número gratuito **1-800-342-3009**.

¿No le es posible presentarse en nuestras oficinas para la entrevista?

Si se le dificulta presentarse en nuestra oficina para sostener una entrevista sobre el subsidio SNAP (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud, transporte o de cuidado de niños) en algunas circunstancias; otra persona puede someter la solicitud en su representación o podríamos hacerle la entrevista por teléfono. En caso de que tenga alguna pregunta, quiera saber si reúne los requisitos para concertar una entrevista telefónica, **o necesite reprogramar una entrevista**, sírvase contactar al distrito local de servicios sociales.

INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO RELLENAR LA SOLICITUD O REVALIDACIÓN DEL SUBSIDIO SNAP

Sírvase escribir en LETRA DE MOLDE legible con tinta azul o negra.

NO escriba en las áreas sombreadas.

Si usted presenta la solicitud en nombre de otra persona, sírvase rellenar el formulario con los datos de esa persona, no con los suyos.

FORMATOS ALTERNOS: marque «SI» o «NO» para indicar si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave, o no, y le gustaría recibir notificaciones en un formato alternativo. Si contestó «Sí», marque el tipo de formato que desea. Los formatos alternos están disponibles en letra grande, CD de datos, CD audio, o en Braille si usted determina que ninguno de los otros formatos alternos le serán de igual utilidad a usted. Si necesita otras modificaciones o necesita otro tipo de ayuda para rellenar esta solicitud, comuníquese con su oficina de SSD.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE: escriba **EN LETRA DE MOLDE** su nombre verdadero incluyendo primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido completo.

NÚMERO DE TELÉFONO: **ESCRIBA EN NÚMEROS LEGIBLES** el teléfono de su casa.

OTRO TELÉFONO: escriba **EN NÚMEROS LEGIBLES** otro número de teléfono donde se le pueda localizar.

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la calle, avenida, camino, etc., donde vive actualmente. Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la ciudad donde usted vive. Escriba su Código postal:

DOMICILIO POSTAL: escriba **EN LETRA DE MOLDE** la dirección postal, si es diferente de la dirección residencial.

OTRO NOMBRE: escriba **EN LETRA DE MOLDE** los apellidos de soltera, apellidos de un matrimonio anterior u otros nombres que alguna de las personas mencionadas aquí tengan o utilicen actualmente.

Marque (✓) la casilla para indicar si está solicitando o revalidando el subsidio SNAP.

Marque (✓) la casilla para indicar si desea recibir avisos en español y en inglés o sólo en inglés.

SECCIÓN 2: firme su nombre e incluya la fecha y su dirección (si tiene una) **SOLAMENTE** si en este momento usted quiere presentar la solicitud sin llenar la siguiente página para establecer la fecha de la solicitud. Debe completar el proceso de solicitud, incluyendo la entrevista, y firmar en la página 8 para determinar si usted reúne los requisitos.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO CON USTED.

Escriba, **EN LETRA DE MOLDE**, primero su nombre completo. Luego escriba **EN LETRA DE MOLDE** los nombres de las demás personas que viven con usted.

Escriba, **EN LETRA DE MOLDE**, la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social (si la persona no tiene un número de Seguro Social, escriba «ninguno»), estado civil y sexo de cada solicitante.

Marque (✓) Sí o No para indicarnos quién es la persona que solicita beneficios.

Para **cada** miembro del hogar, escriba **EN LETRA DE MOLDE** el parentesco con usted (por ejemplo: esposa, hijo, amigo, etc.)

Marque(✓) Sí o No, si esta persona compra y/o prepara comidas con usted.

Marque (✓) Sí o No para cada solicitante para indicar si es hispano o latino.

Indique con una S (Sí) o con una N (No) para cada raza *.

Códigos de Raza o Etnia: I – Norteamericano(a) nativo(a) o nativo(a) de Alaska, **A** – Asiático(a), **B** – Negro(a) o Afroamericano(a), **P** – Nativo(a) de Hawai o Islas del Pacífico, **W** - Blanco(a)
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 beneficios recibidos. Esta información se utiliza para garantizar que los subsidios del programa se distribuyan sin importar la raza, color de piel o nacionalidad de origen.

SECCIÓN 4: Conteste todas las preguntas de la sección 4. Asegúrese de proporcionar los nombres de los individuos que no son ciudadanos estadounidenses.

SECCIÓN 5: INGRESOS: incluya todos sus ingresos y los del resto de las personas que viven con usted. Escriba EN LETRA DE MOLDE el nombre de la persona que recibe el ingreso, la fuente del ingreso y la frecuencia del mismo. Los ingresos pueden incluir: Trabajo habitual (salario), ingresos antes de la huelga, capacitación recibida en el trabajo, reserva militar, guardia nacional, programa estudiantil de trabajo, pensión conyugal, sustento de menores, ayuda educativa (subsídios, becas, etc.), ingresos que reciba de amigos(as) o parientes (aparte de préstamos), asistencia pública, pensiones o jubilaciones, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, pagos recibidos de seguro de desempleo, compensación laboral, cuidado de niños, manejo de un taxi, tareas de limpieza de casas u otros sitios, tareas rurales, ingresos provenientes de personas que comparten su hogar, ingresos provenientes de pensionistas o por la realización de artesanías.

NOTA: pagos por Cuidado de Crianza y subsidio SNAP. Puede incluir el/la niño(a) o adulto bajo cuidado de crianza perteneciente a la unidad familiar de SNAP. Si lo hace, los pagos por cuidado de crianza se tomarán en cuenta como ingresos. Todos los otros ingresos o recursos del niño que recibe cuidado de crianza también se tomarán en cuenta. Si tiene preguntas al respecto, consulte con la persona a cargo de su caso.

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 5.

SECCIÓN 6: RECURSOS: Los recursos no afectan la habilitación de la mayoría de los hogares que solicitan el subsidio SNAP. Sin embargo, algunos datos referentes a los recursos se utilizan para determinar si usted puede recibirlos por medio del procesamiento acelerado.

Responda a todas las preguntas de la Sección 6 con sus datos y los datos de todas las personas que solicitan subsidio SNAP. Incluya la cantidad o valor en dólares (\$) y el nombre de la persona a quien pertenece el recurso. **Asegúrese de incluir toda tenencia compartida con no miembros de su hogar.** Los recursos pueden incluir: dinero en efectivo, dinero en efectivo que guarden otras personas, cuentas corrientes o de ahorro, bonos de ahorro, cuentas privadas de jubilación, planes de jubilación, cuentas individuales de fomento, acciones / bonos, fondos mutuos, fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero, edificios, terrenos, propiedades en renta, propiedades o casas de verano o recreo, además de la casa residencial.

SECCIÓN 7: VIVIENDA Y GASTOS:

Escriba EN LETRA LEGIBLE la cantidad que paga por alquiler, hipoteca, pensión u otro arreglo realizado para tener alojamiento. Incluya la cantidad en dólares (\$) que paga por impuestos sobre la propiedad y seguro de vivienda.

Si paga la calefacción por separado, marque (✓) la casilla que indica el tipo de calefacción que usa, e ingrese el nombre de la compañía y el número de cuenta suyo.

También indique si:

- Usted paga por otros servicios públicos aparte del alquiler o hipoteca; si tiene costos de aire acondicionado y si los tiene, ¿quién paga los gastos por separado?
- ¿Paga alguien sustento de menores por orden judicial? De ser así, indique la cantidad y frecuencia de los pagos, y el nombre del niño por quien se paga el sustento. ?
- ¿Alguna de las personas solicitantes que viven en su hogar, que es ciega, incapacitada o tiene al menos 60 años, tiene gastos médicos tales como: servicio de cuidados de enfermería a domicilio, dentaduras postizas, audífonos, espejuelos, perros guías o animal de servicio, gastos médicos y de seguro de salud, atención hospitalaria o de cuidados de enfermería, servicios médicos o dentales, medicamentos recetados o transporte por razones médicas?
- ¿Algún miembro de su familia recibe Medicaid con requisito de sobrante (spenddown)? De ser así, indique quién y la cantidad.
- ¿Algún miembro de su hogar está matriculado en la escuela o en un programa de capacitación? De ser así, indique quién y dónde y cuál es el estado de la matriculación?

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 7.

SECCIÓN 8: DECLARACIONES LEGALES, RESPONSABILIDADES Y SANCIONES: Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

Nota: la ley del Estado de Nueva York estipula multas o encarcelamiento o ambas penas contra toda persona declarada culpable de ocultar información o de no decir la verdad con el propósito de obtener el subsidio SNAP.

Entiendo que el Estado usará mi número de Seguro Social con motivo de verificar con los proveedores de servicios públicos el recibo del subsidio HEAP. Esta autorización también otorga permiso a los contratistas de servicios públicos a revelar ciertos datos estadísticos, entre ellos, aunque sin carácter limitativo: mi consumo anual de electricidad, costo de electricidad anual, consumo anual de combustible, tipo de combustible, costo anual 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 y al Departamento de Salud y Servicios Humanos, con el fin de llevar a cabo estudios relativos al Programa de Subsidio de Energía para el Hogar para Beneficiarios de Bajos Recursos (LIHEAP).

INFORMACIÓN SOBRE POLÍTICAS ANTIDISCRIMINATORIAS: conforme a la Ley Federal de Derechos Civiles y la reglamentación y políticas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (U.S Department of Agriculture - USDA, siglas en inglés), a la USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan en o administran los programas de USDA, se les prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o incapacidad; o tomar represalias o cometer actos de discriminación por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad llevada a cabo o financiada por USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios de comunicación alternativos 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; 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 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 entidad brinda igualdad de oportunidades.

SECCIÓN 9: REPRESENTANTE AUTORIZADO DE SNAP: si usted desea que otra persona, que no sea miembro de su hogar, reciba el subsidio SNAP o compre los alimentos por usted, escriba EN LETRA DE MOLDE, el nombre, el domicilio y el número de teléfono de dicha persona, a no ser que por el contrario el jefe del hogar solicitante haya asignado por escrito al representante autorizado.

SECCIÓN 10: FIRMAS: firme su nombre. Si usted es representante autorizado, tanto usted como un miembro adulto del hogar solicitante deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 8 del formulario de solicitud o revalidación.

Cuando un representante autorizado solicita el subsidio SNAP a favor de una familia que no reside en una institución, tanto el representante autorizado como el jefe de familia u otro miembro adulto responsable deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 8 de la solicitud o revalidación.

SECCIÓN 11: INFORMACIÓN ADICIONAL: use esta sección para proporcionar información adicional que usted crea necesaria.

SECCIÓN 12: CONSENTIMIENTO PARA RETIRAR LA SOLICITUD: si decide no solicitar el subsidio SNAP, firme su nombre e indique la fecha. Usted puede volver a presentar una solicitud cuando lo desee.

Nota: La última página de esta solicitud es un formulario de inscripción para votar. Si necesita ayuda para llenar el formulario de inscripción para votar, consulte con la persona a cargo de su caso. El inscribirse o no para votar no afectará su habilitación ni la cantidad de asistencia que esta agencia le brinde.

Tanto la información contenida en su solicitud como la suministrada durante la entrevista, será inscrita y almacenada en el sistema estatal conocido como Sistema de Administración de Asistencia Pública (WMS-por sus siglas en inglés). Este sistema se usa para la administración de los programas de servicios sociales y para prevenir el fraude.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN
DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO SNAP

Los folletos de información para el cliente (LDSS-4148A-SP; LDSS-4148B-SP y LDSS-4148C-SP) contienen información adicional acerca de sus derechos y deberes. Puede obtener esos folletos en una oficina de su distrito local o en línea.

USTED TIENE DERECHO A:

- Como solicitante o beneficiario de SNAP, a usted se le debe programar la entrevista tan pronto como sea posible a fin de determinar si usted reúne los requisitos y para emitir los beneficios dentro de los 30 días de presentar la solicitud.
- Usted tiene derecho a solicitar que no se realice la entrevista en la oficina si usted está pasando por una situación de extrema dificultad. Una situación de extrema dificultad sería, entre otras: enfermedad, problemas de transporte, cuidado de un miembro de la familia, dificultades porque reside en un área rural, clima severo prolongado, u horario de trabajo o capacitación que no le permitan presentarse durante el horario habitual de oficina del distrito de servicios sociales. **Si usted lo solicita, se le puede eximir del requisito de entrevista si todos los miembros adultos de su grupo familiar son personas de edad avanzada o personas discapacitadas sin ingresos devengados.** La agencia lo puede eximir del requisito de entrevista en la oficina y en su lugar hacer una entrevista por teléfono o a domicilio. Las entrevistas en persona se pueden programar con anticipación en un lugar de acuerdo mutuo, inclusive en la casa de la persona a ser entrevistada.
- Usted puede traer su propio intérprete a la entrevista. Si necesita un intérprete la agencia le proporcionará uno, sin costo alguno. No se le pueden negar los servicios por el hecho de que usted no maneje el idioma inglés con fluidez, o porque usted tenga impedimentos de audición o habla. Ciertos distritos locales utilizan el sistema teletipo de transmisión TTY/TTD para atender a los solicitantes / beneficiarios con impedimentos de habla o audición. Si necesita servicios especiales puede solicitarlos del distrito local.
- Si usted tiene una incapacidad, tiene el mismo derecho de ser entrevistado y tener acceso al subsidio SNAP que una persona sin incapacidad.
- Se le debe informar dentro de los 30 días de la fecha en que presentó (registró) su solicitud completada y se le entrevistó para el subsidio SNAP, si su solicitud ha sido aprobada o denegada. Si reúne los requisitos para que su solicitud se tramite por medio del procedimiento acelerado, se lo deben comunicar dentro de los 5 días de entregar (registrar) la solicitud si usted reúne los requisitos del programa SNAP y se le ha informado si necesita documentación adicional.
- Recibir una notificación por escrito comunicándole si su solicitud del subsidio SNAP fue aprobada o denegada:
 - Si su solicitud es aprobada, esta notificación le informará el monto del subsidio SNAP que obtendrá;
 - Si su solicitud es denegada, esta notificación le informará las razones y lo que usted debe hacer si no está de acuerdo o no entiende esta decisión.

¿QUÉ ES UNA AUDIENCIA IMPARCIAL?

Una audiencia imparcial es la oportunidad que usted tiene para explicarle a un Juez de Leyes Administrativas de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York, las razones por las que usted considera que la decisión tomada por el distrito de servicios sociales en su caso fue errónea. Después de la audiencia imparcial, el Estado emitirá una decisión por escrito en la cual dejará por sentado si la decisión tomada por el distrito de servicios sociales fue correcta o errónea. Es posible que la decisión por escrito ordene que el distrito de servicios sociales rectifique su caso.

LÍMITE DE TIEMPO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:

Si usted desea solicitar una audiencia imparcial para obtener el subsidio SNAP, **llame de inmediato** ya que existen límites de tiempo. Si espera demasiado, es posible que no pueda obtener una audiencia imparcial. **Si obtiene una notificación acerca de su caso,** y usted desea solicitar una Audiencia Imparcial, la notificación le indicará con cuánto tiempo cuenta para solicitarla. **Lea atentamente y en su totalidad la notificación. Si la notificación que recibió le indica que le han denegado, interrumpido o reducido su subsidio SNAP, puede solicitar una Audiencia Imparcial dentro de los 90 días contados a partir de fecha de la notificación. Puede solicitar una Audiencia Imparcial durante el periodo de revalidación cuando usted crea que no está recibiendo el monto de subsidio SNAP que debería recibir.**

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Puede solicitar una Audiencia Imparcial de cualquier zona del estado de Nueva York por teléfono, fax, internet o por escrito a la dirección que aparece a continuación.

Teléfono: el número gratis a nivel estatal es el 1-800-342-3334. Tenga a mano la notificación, si tiene una, cuando llame.

Fax: la petición de Audiencia imparcial a: 518-473-6735

Por internet: llene la solicitud en línea en <http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp>

Por escrito: Si recibe una notificación, llene el espacio en blanco y envíe una copia de la notificación, o escriba a:

Fair Hearing Section

NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Fair Hearings

P.O. Box 1930

Albany, New York 12201-1930 *Conserve una copia de la notificación*

En persona: si usted vive en la Ciudad de Nueva York, también puede solicitarla en persona, dirigiéndose a la oficina que aparece a continuación: **Office of Administrative Hearings, Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York**

EMERGENCIA: si su situación es muy seria, la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York le programará una audiencia imparcial lo antes posible. Cuando llame o escriba para solicitar una audiencia imparcial, asegúrese de explicar que su situación es muy seria.

NOTA: para Audiencias Imparciales de emergencia en la Ciudad de Nueva York solamente: llame al 800-205-0110. Este número de teléfono es solamente para emergencias. En este número solamente se atienden emergencias, si su caso no es una emergencia, no se le atenderá su llamada.

INTÉRPRETES: si inglés no es su idioma principal o si usted padece de sordera o tiene un impedimento de oído, se le puede suministrar un intérprete de idiomas o de lengua de signos, sin costo alguno.

ASISTENCIA ININTERRUMPIDA: si usted recibe una notificación en la que se le informa que se interrumpirán o reducirán sus beneficios y solicita una audiencia imparcial antes de la **fecha de vigencia** en la notificación, su subsidio SNAP, en la mayoría de los casos, permanecerá igual («asistencia ininterrumpida») hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial. Si no recibe una notificación sobre su caso, y sus beneficios son interrumpidos o reducidos, al mismo tiempo que usted ha solicitado una audiencia imparcial, usted siempre puede solicitar que se le reestablezca su subsidio SNAP («asistencia ininterrumpida») hasta hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial.

Sin embargo, si usted recibe «asistencia ininterrumpida» y no se decide a su favor en la audiencia imparcial, usted tendrá que devolver todo monto de beneficio que recibió como «asistencia ininterrumpida» mientras esperaba por la decisión de la audiencia imparcial. Si **no** desea continuar recibiendo el subsidio SNAP que ha estado recibiendo hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial, debe informárselo a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York cuando llame o mande una carta solicitando una audiencia imparcial.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:

La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York le enviará una notificación informándole cuándo y dónde se realizará la Audiencia Imparcial. En preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a examinar el expediente de su caso y a obtener copias gratuitas de los formularios y documentos que se entregarán al Juez de Leyes Administrativas en la Audiencia Imparcial. Además, puede obtener copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios para la Audiencia Imparcial. Normalmente, usted puede obtener estos documentos antes de la audiencia o en la audiencia, a más tardar. Si solicita algún documento relacionado con la audiencia, y el distrito local de servicios sociales no se los entrega antes de la audiencia o durante ella, debe informárselo al Juez de Leyes Administrativas.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

Le sugerimos traer testigos a la audiencia que puedan ayudarle, y documentos tales como: **comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas**, para que le ayude a explicar por qué usted cree que la decisión tomada por el distrito de servicios sociales es errónea.

Puede traer un abogado, un pariente o un amigo a la Audiencia Imparcial para que le ayude a explicar por qué usted cree que la decisión tomada por el distrito de servicios sociales sobre su caso es errónea. Si cree que necesita los servicios de un abogado en la audiencia imparcial, puede obtener servicios legales gratuitos si se comunica con su oficina local de Ayuda Legal o de Servicios Legales. Para obtener los nombres de otros abogados, llame al Colegio de Abogados local.

Una persona de su distrito local de servicios sociales también estará presente en la Audiencia Imparcial para explicar la decisión del distrito de servicios sociales sobre su caso. Usted o su representante podrá hacerle preguntas a esa persona y a todo testigo del distrito de servicios sociales.

Si no puede asistir a la audiencia imparcial, puede enviar un representante. Si envía un representante que no sea un abogado a la audiencia imparcial, debe entregarle a él o ella una carta dirigida al Juez de Leyes Administrativas. La carta debe indicarle al juez que dicha persona está ahí en su representación. Si el Juez de Leyes Administrativas decide que se requiere su presencia, y su testimonio es necesario, en este caso la audiencia se puede programar para otro día para que usted comparezca. A usted se le notificará por correo el nuevo día de la audiencia.

NOTA: si usted lo solicita, podrá recuperar el dinero que gastó en transporte público, cuidado de niños y demás gastos relacionados con el transporte hacia la audiencia imparcial. Si no dispone de transporte público, es posible que se le reembolse el dinero que gastó en otro tipo de transporte. Si no puede usar el transporte público debido a un problema médico, se le podrá reintegrar el dinero que gastó en otro tipo de transporte. Sin embargo, posiblemente se le pida verificación médica.

CÓMO EXAMINAR EL EXPEDIENTE DE SU CASO Y REGISTROS ELECTRÓNICOS:

Una vez usted somete una solicitud de SNAP o de cualquier otro tipo de ayuda, se genera un expediente de su caso. Normalmente, usted tiene el derecho a examinar esos expedientes. Sin embargo, posiblemente **no** pueda examinar todos los expedientes. La persona a cargo de su caso le explicará las reglas.

Cuando usted manda una petición por escrito solicitando una copia de sus expedientes electrónicos, la Ley de Protección de Información Personal exige que las agencias del estado de Nueva York le envíen sus expedientes, **o** le comuniquen la razón por la que no le darán sus expedientes, **o** le informen que recibieron su pedido y que van a determinar si está autorizado a obtener sus expedientes dentro de los cinco días hábiles en los que hayan recibido su carta de solicitud.

COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO SNAP, USTED TIENE RESPONSABILIDADES:

Requisitos laborales para solicitantes o recipientes del subsidio SNAP

A menos que usted esté exento de cumplir con los requisitos de inscripción para trabajar, usted debe:

- Aceptar un empleo o recomendación para un empleo existente o posible
- Participar en una evaluación de su capacidad para trabajar
- Proporcionar información sobre su situación laboral y su disponibilidad para trabajar
- Participar en aquellas actividades laborales que el distrito de servicios sociales le asigne

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

Se le considera apto para trabajar y con la obligación de cumplir con los requisitos de búsqueda de trabajo, salvo que el oficial de servicios sociales determine que usted:

- Es menor de 16 años de edad o mayor de 60 años de edad;
- Está física o mentalmente incapacitado, enfermo o lesionado hasta el punto que le impida realizar tareas laborales;
- Es responsable por el cuidado de un niño dependiente menor de seis años de edad. Si usted está participando en una actividad laboral bajo un programa de Asistencia Temporal financiado con fondos federales, esta exención de los requisitos laborales de SNAP no aplica.
- Debe cumplir y cumple con los requisitos laborales de un programa de Asistencia Temporal con fondos federales. Si se le requiere un trabajo como requisito, esta exención de los requisitos de SNAP no aplica.
- Es responsable del cuidado de una persona incapacitada;
- Es un solicitante o recibe Beneficios de Seguro de Desempleo
- Participa regularmente en un programa de tratamiento y rehabilitación por abuso de drogas o alcohol y el oficial de servicios sociales determina que usted no está capacitado para trabajar o que no es posible asignarle actividades laborales;
- Es un estudiante inscrito por lo menos a medio tiempo en una escuela reconocida, un programa de capacitación o una institución de educación superior;
- Trabaja por lo menos 30 horas a la semana o gana por lo menos el equivalente al salario mínimo federal multiplicado por 30 por semana.
- Es solicitante de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y de SNAP amparado por las disposiciones de procesamiento conjunto
- Tiene 16 o 17 años de edad, no es jefe de familia y asiste a la escuela o a un programa de capacitación laboral por lo menos a medio tiempo.

Si no cumple con los requerimientos de trabajo de SNAP o renuncia a su trabajo, puede perder su subsidio SNAP. El período de tiempo en que perderá sus beneficios dependerá de la cantidad de veces que no cumplió con los requerimientos de trabajo.

Requisitos adicionales para beneficiarios de SNAP que son Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWD)

Si usted se ha inscrito en una búsqueda de trabajo o está sujeto a requerimientos de trabajo de SNAP, también le pueden exigir que cumpla con requisitos adicionales para poder recibir el subsidio SNAP, a menos que usted:

- Sea menor de 18 años de edad o tenga 50 años de edad o más;
- Reside en un hogar beneficiario de SNAP que cuenta con un menor de 18 años de edad; y
- Está embarazada; o
- No pueda trabajar durante por lo menos 80 horas mensuales debido a una limitación física o mental.

Si usted se ha inscrito en una búsqueda de trabajo y no está exento debido a ninguna de las razones expuestas arriba, solamente reunirá los requisitos para recibir el subsidio SNAP durante tres meses en un periodo de 36 meses, a menos que:

- Trabaje (incluido el trabajo en especie y el trabajo voluntario) por lo menos 80 horas al mes;
- Participe en un programa laboral o de capacitación aprobado por el distrito de servicios sociales por lo menos 80 horas al mes;
- Cumpla con una asignación del Programa de Experiencia Laboral (WEP) por el número de horas equivalente a su subsidio SNAP dividido por la tarifa mayor del salario mínimo federal o estatal;
- Participe en un programa de la Ley de Inversión en la Fuerza Laboral, que puede incluir: búsqueda de empleo, preparación para el empleo, capacitación en habilidades ocupacionales y actividades educativas; o en el programa de Ley de Comercio de 1974, de una duración mínima de 80 horas al mes;
- Participe en una combinación de trabajo o programas autorizados de trabajo de una duración mínima de 80 horas al mes.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

Si la persona ABAWD quiere recibir el subsidio SNAP posterior al límite de 3 meses y no puede mantener un empleo remunerado estable por lo menos 80 horas al mes, él o ella debe comunicarse con el distrito de servicios sociales con motivo de tratar qué tipo de trabajo o programa de trabajo puede realizar que le permita cumplir con el requisito laboral establecido para una persona denominada ABAWD.

Si la persona ABAWD no cumple con los requisitos laborales y pierde la habilitación para recibir el subsidio SNAP, es probable que él o ella pueda recibir el subsidio SNAP nuevamente (si cumple con los requisitos). En dado caso, se le sugiere comunicarse con el distrito de servicios sociales con motivo de tratar el tema de qué debe hacer para poder volver a ser apta para recibir el subsidio SNAP.

Además, la persona ABAWD debe presentar documentación de participación mensual en actividades laborales no remuneradas e informar al distrito de servicios sociales dentro de 10 días de finalizado el mes si él o ella trabaja menos de 80 horas.

SI ESTÁ BAJO SOSPECHA DE FRAUDE

Si se da cuenta que usted está bajo investigación porque la persona a cargo de su caso cree que usted no dijo la verdad en relación con los datos de su caso, le sugerimos consultar un abogado. Si se le acusa de fraude a la asistencia pública en un tribunal de lo penal, el juez le asignará un abogado que lo representará, sin costo alguno si usted reúne los requisitos.

RESPONSABILIDAD DE VOLVER A CONCERTAR UNA ENTREVISTA A LA QUE NO PUDO ASISTIR:

Como solicitante o beneficiario de subsidio SNAP, usted es responsable de volver a hacer una cita para la entrevista a la cual no pudo asistir antes de cumplido el día 30 contado a partir de la fecha en que envió la solicitud si no quiere perder el subsidio SNAP.

RESPONSABILIDAD DE PRESENTAR PRUEBAS

Cuando usted solicite el subsidio SNAP, se le pedirá que someta comprobantes de ciertos factores. Su trabajador(a) de casos lo asesorará para continuar el trámite. Los documentos que se requieren pueden variar para los diferentes programas de asistencia. Si el distrito de servicios sociales ya cuenta con pruebas de datos que no sufren cambios, tales como su número de seguro social, no es necesario que presente pruebas otra vez.

Si trae comprobantes consigo la primera vez que viene a someter la solicitud de asistencia, probablemente obtenga ayuda más pronto.

Si lleva documentos a la oficina de servicios sociales, solicite un comprobante de recibo, que debe incluir: el nombre del distrito, su nombre, la fecha, la hora, lista de cada documento específico que deja y el nombre del trabajador social que le da el comprobante de recibo.

Usted debe proporcionar los comprobantes que la persona encargada de su caso le ha indicado que son necesarios para determinar si usted reúne los requisitos para recibir el subsidio SNAP. Si se le dificulta obtener los comprobantes requeridos, comuníquese a la persona encargada de su caso.

INFORMACIÓN SOBRE HABILITACIÓN PARA NO CIUDADANOS ESTADOUNIDENSES

Muchas personas no ciudadanas estadounidenses son extranjeros habilitados que reúnen los requisitos para recibir el subsidio SNAP. Incluso si usted no lo es, sus hijos podrían habilitar. El que usted reciba el subsidio SNAP no afectará su condición migratoria con respecto a cualquier decisión que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración tome sobre su cuestión de inmigración.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (continuación)

Usted puede recibir el subsidio SNAP si usted es ciudadano(a) estadounidense, un no ciudadano nacional estadounidense (personas nacidas en Samoa Estadounidense o en la isla de Swain) o un extranjero con un estado migratorio aprobado. Un extranjero con estado migratorio aprobado, según el programa SNAP, se refiere a:

1. Un amerindio nacido en Canadá con al menos 50 por ciento de sangre de raza amerindia conforme al artículo 289 de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (Immigration and Nationality Act, INA); o
2. Un miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal, según lo estipula la Sección 4(e) de la Ley de Autodeterminación y Asistencia Educacional de los Pueblos Indígenas; o
3. Un extranjero admitido en calidad de hmong o laosiano de Highland, inclusive su cónyuge (el cónyuge superviviente que no se ha vuelto a casar) e hijos solteros a cargo; o
4. Refugiados admitidos conforme la sección 207 del INA; o
5. Un extranjero al que se le ha otorgado asilo conforme al artículo 208 del INA; o
6. un extranjero cuya deportación haya sido retenida conforme a la Sección 243(h) de la INA en vigencia antes del 1º de abril de 1997; o cuya remoción haya sido retenida conforme la Sección 241(b)(3) del INA; o
7. Un extranjero admitido como ingresante cubano o haitiano, según lo define la Sección 501(e) del Acta de Servicios Educativos para Refugiados de 1980;
8. Un extranjero víctima de trata de personas según la Sección 103(8) de la Ley de Protección a Víctimas de Trata de Personas de 2000; o
9. Un extranjero en servicio activo en las fuerzas armadas de EE. UU., o un veterano con baja honorable cuya baja no se debe a su estado migratorio, su cónyuge y menores a cargo solteros, y el cónyuge superviviente que no se ha vuelto a casar; o
10. Un extranjero admitido como inmigrante amerasiático; o
11. Un extranjero admitido legalmente con residencia permanente conforme al INA y que haya tenido ese estado migratorio por 5 años, o
12. Un extranjero admitido por razones humanitarias o de interés público según la sección 212 (d) (5) del INA por un periodo mínimo de un año y haya tenido ese estado migratorio por 5 años; o
13. Un conyúge o niño maltratado, el padre o madre de un niño maltratado, o el niño de madre o padre maltratado con petición pendiente o aprobada conforme el 8 USC 1641(c) con entrada antes del 8/22/96 y que haya tenido ese estado migratorio por 5 años, o
14. Los extranjeros además pueden recibir el subsidio SNAP si:
 - Han sido admitidos con residencia legal permanente y han trabajado o se les puede acreditar 40 trimestres de trabajo.
 - Tienen uno de los estados migratorios aprobados anteriormente y reciben ciertos beneficios por incapacidad o ceguera;
 - Tienen uno de los estados migratorios indicados anteriormente y son menores de 18 años;
 - Residen legalmente en los EE. UU., al día 22 de agosto de 1996 y ahora son ciegos o incapacitados, tienen 60 años o más,
 - Son ciudadanos iraquís o afganos a quienes se les otorgó un estado migratorio especial conforme a la sección 101(a)(27) de la INA o se les ha otorgado entrada condicional conforme a la sección 203(a)(7) de la INA en efecto antes del 4/1/80.