

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Solicitante/Participante: _____

Centro: _____

Aviso de Identificación con Foto para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) / Envío a Iniciativa Freedom de AFIS

Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Si usted presenta solicitud de beneficios de SNAP o recibe los mismos, y necesita una tarjeta de identificación con foto, se le enviará al encargado del Sistema Automatizado de Impresión Dactilar (AFIS) sólo para tomar una foto. La foto aparecerá en su Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes (CBIC). Ésta es la tarjeta que usted debe usar para cobrar sus beneficios.

Programa de Asistencia en Efectivo

Si usted está solicitando o recibiendo los beneficios normales o de emergencia de Asistencia en Efectivo (CA), y si es adulto (de 18 años de edad o más) o jefe del hogar, debe inscribirse en el AFIS para que le tomen las impresiones dactilares. Esta información será comparada con otros expedientes computarizados activos para determinar si su hogar es elegible para asistencia y también para evitar la participación duplicada. Si usted es solicitante o beneficiario adulto de Medicaid, y su tarjeta de Identificación de Asistencia Médica debe tener una foto, se requiere que usted se inscriba en el AFIS sólo para que se le tome la foto. Los solicitantes/participantes de Family Health Plus y Family Planning Benefit están exentos de todos los requisitos de AFIS. Por favor traiga consigo identificación a la Unidad de Impresión Dactilar (Finger Imaging Unit).

AFIS captará sus impresiones dactilares y le tomará su foto de forma rápida y fácil. Estas impresiones dactilares y fotos serán archivadas y comparadas con las de otros solicitantes/participantes. Al tomar sus impresiones dactilares, registraremos electrónicamente su firma de manera que podamos asignarle una CBIC. Usted necesitará esta tarjeta para cobrar sus beneficios.

Iniciativa Freedom de AFIS de Asistencia en Efectivo

Conforme a la iniciativa Freedom de AFIS, usted puede visitar el Centro de Trabajo que le quede más cercano, o cualquier otro Centro de Trabajo en la ciudad de Nueva York (vea el Directorio del Sistema Automatizado de Impresiones Dactilares [AFIS] de Asistencia en Efectivo [CA] [**W-519N (S)**]) para cumplir los requisitos de impresión dactilar. Favor de traer identificación consigo a la Unidad de Impresión Dactilar.

Las siguientes personas están exentas de la toma de impresiones dactilares:

- los solicitantes/participantes de SNAP
- las personas quienes no estén solicitando o recibiendo CA y quienes no sean legalmente responsables por cualquier otro miembro del hogar quien esté solicitando o recibiendo CA.
- las personas quienes físicamente no puedan cumplir este requisito debido a una lesión o discapacidad. No obstante, si esta afección es temporaria, es preciso programar una cita de vuelta para la toma de impresiones dactilares.
- los solicitantes/participantes menores de 18 años de edad, a menos que sean jefe del hogar.
- los beneficiarios de SSI y que soliciten una concesión única de Asistencia de Emergencia para Adultos (EAA). (Sólo si todos los miembros del hogar reciben SSI.)
- los residentes de Locales de Cuidado Colectivo.
- los solicitantes/participantes confinados al hogar.

El incumplimiento del requisito de impresiones dactilares resultará en el cierre o rechazo de su caso de Asistencia en Efectivo (CA). El incumplimiento de las impresiones dactilares no afectará su elegibilidad para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP).

Sólo Asistencia en Efectivo

- Estoy exento(a) de las impresiones dactilares, por cumplir uno de los criterios de exención en la **página 1**.
- No** acuerdo con que se me tomen las impresiones dactilares. Solicito/deseo la recertificación de CA, y estoy consciente de que al no consentir a que se me tomen las impresiones dactilares, perderé la elegibilidad, y de que mi caso será rechazado o cerrado, de ser apropiado.

Firma del Solicitante/Participante

Fecha

Preséntese a la Unidad de Impresiones Dactilares, _____ Piso

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ AM PM

Nombre del Solicitante/Participante: _____ Número de Seguridad Social: _____

Número de Registro/Número del Caso: _____ Fecha de Nacimiento: _____ CIN: _____

Sexo: Masculino Femenino

Iniciativa Freedom de AFIS

Instructions to the AFIS Operator

Finger Imaging Referral Applicant Participant **Case Type:** _____

Job Center Number: _____

Worker's Name: _____ Worker's Telephone Number: _____

Finger Image, Photograph, and Signature

Applicant/Participant imaged under CIN _____ please transfer to CIN _____
To transfer an AFIS image from one CIN to another, you must contact the HRA AFIS Helpdesk and provide them with the CIN the applicant/participant is imaged under and the CIN the image should be transferred to. (Complete a Finger-Imaging Routing Slip **[W-519C]** and place it in the designated basket to be returned to the Worker.)

Photograph and Signature Only (Payee Only CA Applicants/Participants)

Identification Only (Please verify identity)

Identificación con Foto – Sólo para SNAP y Medicaid

Fotografía y Firma Sólo para Solicitantes/Participantes de Medicaid o SNAP