



SOLICITUD / REVALIDACIÓN DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)



SNAP es el nuevo nombre del Programa de Cupones para Alimentos

Utilice este formulario solamente para solicitar los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

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.

Esta solicitud es solamente para solicitar el subsidio SNAP.

Cuando usted solicita el subsidio SNAP

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si reúne los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha que somete su solicitud.
- Puede someter la solicitud antes de presentarse a la entrevista.
- 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. Sin embargo, para determinar si usted reúne los requisitos debe llenar toda la solicitud / revalidación, firmarla en la página 5 y ser entrevistado(a).
- 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 beneficios 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 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 5 días calendario de sometida la solicitud. Como parte del proceso habitual, la persona a cargo de su caso analizará la situación de su hogar para determinar si cumple con las normas requeridas para el procesamiento acelerado de su solicitud. Existe un procedimiento que garantiza la emisión de beneficios de SNAP a todos los hogares que habilitan según las normas establecidas del proceso acelerado.

Dónde puede solicitar el subsidio SNAP

Si usted vive en las **afueras** de la ciudad de Nueva York, puede someter una solicitud por internet en el sitio web myBenefits.ny.gov, o llame o visite la oficina de servicios sociales del distrito del condado en el que vive y pida el paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al número gratuito **1-800-342-3009**.

Si 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, 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 llamando, libre de cargos, al **1-718-557-1399** o al **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 (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud, transporte o cuidado de niños), otra persona puede someter la solicitud en su representación o puede someter una solicitud por internet en el sitio web myBenefits.ny.gov. Además, usted puede enviar su solicitud por correo o dejarla en nuestras oficinas y en algunos casos, podemos entrevistarle 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 la oficina de servicios sociales del distrito.

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

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

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Otro número de teléfono donde se le pueda localizar: _____
 Dirección residencial: _____ Apto.# _____ Ciudad 1, NY Código Postal _____
 Dirección postal (si es diferente) _____ Apto.# _____ Ciudad 1, NY Código Postal _____
 Otro nombre: _____ Usted está: Solicitando Revalidando Quiere recibir avisos en: español e inglés 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 <u>2</u>	FECHA DE LA FIRMA
--	--	-------------------

Incluya a todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando beneficios. Escriba su información personal en la línea uno.

	Primer nombre	Inicial	Apellido	Número de Seguro Social del solicitante (si no tiene uno, escriba «No tiene»)	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo M F	¿Está solicitando beneficios esta persona?		Parentesco con usted	¿Compra y/o prepara las comidas con usted esta persona?		¿Hispano o Latino?	Indique S (Sí) o N (No) para cada código de raza*.						
								Sí	No		Sí	No								
1								✓		Yo mismo(a)	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*Códigos de raza o etnia: I – americano autóctono o nativo de Alaska, A – asiático, B – negro o afroamericano, P – nativo de Hawai o islas del Pacífico, W – Blanco, U – desconocido (MA SOLAMENTE)

- ¿Es usted y todas las personas que viven con usted, ciudadano(s) estadounidense(s)? Sí No En caso negativo, ¿quién no es ciudadano? _____
- ¿Se ha emitido una orden de arresto en su contra o en contra de alguna de las personas que viven con usted por huir para evadir enjuiciamiento, custodia o reclusión por un delito mayor o intento de delito mayor? Sí No
- ¿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
- ¿Ha sido usted o alguna de las personas que viven con usted, alguna vez suspendido(a) del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria-SNAP por fraude o violación intencional al programa? Sí No
- ¿Está usted o alguna de las personas que viven en su hogar, solicitando o recibiendo el subsidio SNAP o Asistencia Temporal en otro lugar? Sí No
- ¿Está usted o alguna de las personas que viven con usted ciego(a), incapacitado(a) o embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____
- ¿Es usted o alguna de las personas que viven con usted, veterano de guerra? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____
- ¿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 subsidiado por el Estado con servicios de apoyo? Sí No

Si la presente es una revalidación de beneficios de SNAP, incluya en la página 6 todo cambio en las circunstancias de su hogar que haya ocurrido 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 mismo).

INGRESOS

Incluya **TODOS** sus ingresos y los de todas las personas que viven con usted. Las fuentes de ingresos pueden incluir, pero no se limitan, a los siguientes: **salarios, ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia (por ejemplo: cuidado de niños, tareas de limpieza, ingresos provenientes de un huésped o pensionista), sustento de menores, pensiones, beneficios para veteranos, incapacidad, 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 alguna persona que vive con usted, gastos por cuidado de niños/personas a cargo relacionados con un empleo o capacitación? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____.

Cantidad pagada (\$) _____. ¿Con qué frecuencia se paga? (por ejemplo: semanal, mensual) _____.

Usted o alguna de las personas que vive con usted, ¿ha cambiado de trabajo, dejado el trabajo, o ha tenido una reducción en la fuente de ingresos en los últimos 30 días - incluyendo 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 aún no ha recibido? Sí No En caso afirmativo, explique en la página 6.

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted, Asignación para Necesidades Personales (PNA) o Asignación para Alimentos? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____.

¿Ha ahorrado usted o alguna de las personas que viven con usted, ingresos bajo el programa autorizado de la Administración de Seguro Social PASS: Plan para la autosuficiencia?

Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____.

¿Está usted o alguna de las personas que vive con usted, participando en una huelga? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____.

RECURSOS

Los recursos no afectan la habilitación de la mayoría de los hogares que solicitan el subsidio SNAP. Sin embargo, ciertos datos referentes a los recursos se utilizan para determinar si usted puede recibirlo por medio del procesamiento 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 demás, incluyendo cuentas en tenencia conjunta).

\$ _____ pertenecen a _____.

¿Otros activos financieros? (Por ejemplo: acciones, bonos, cuentas de jubilación, bonos de ahorro, fondos mutuos, cuentas de jubilación (IRA), fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero)

Sí No En caso afirmativo, cantidad en \$ _____ Tipo _____ Propietario _____.

¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tiene usted o las personas que viven con usted?

____ N° 1 Año _____ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____.

____ N° 2 Año _____ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____.

¿Acaso usted o alguno de los solicitantes, es dueño(a) de alguna propiedad, incluyendo casa propia? Sí No En caso afirmativo, indique propiedad _____ Propietario _____.

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

VIVIENDA Y GASTOS

Marque todas las descripciones que correspondan a su hogar:

Vivienda propia o la está pagando Renta Trabajador migrante estacional de finca No tiene residencia permanente Vive con parientes o amigos

Indique gastos:

Pagos mensuales de alquiler o hipoteca \$ _____ Impuestos inmobiliarios anuales \$ _____ Seguro anual de la casa \$ _____.

¿Paga calefacción por separado? Sí No. En caso afirmativo, especifique qué tipo de calefacción: Gas Electricidad Fuel oil Leña Carbón Propano Otro (Indique) _____.

Nº de cuenta que tiene con la compañía de calefacción _____.

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.

Vaya a la página 3

VIVIENDA Y GASTOS (continuación)

¿Paga por aire acondicionado, ya sea en la factura de electricidad o por separado? Sí No

¿Paga los servicios públicos por separado (*aparte de la calefacción / aire acondicionado*)? Sí No (*por ejemplo: luz, gas para cocinar, gastos de lavandería, recolección de desperdicios y basura, agua, pago inicial por acceso a 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 o nombres del niño o niños por los cuales se paga sustento de menores _____

Cantidad del pago \$ _____ Frecuencia del pago (*por ejemplo, semanal, quincenal, mensual*) _____

¿Usted y/o alguna de las personas que viven con usted es ciego(a), incapacitado(a) o tiene por lo menos 60 años de edad? En caso afirmativo, ¿Tiene dicha persona gastos médicos? Sí No

En caso afirmativo, haga una lista en la página 6 de dichos gastos indicando el tipo de gasto, el monto y quién es el responsable de dichos gastos.

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted Medicaid con requisito de sobrante (*spenddown*)? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____ monto \$ _____

¿Usted o alguna de las personas que vive con usted (*de 16 años de edad o mayor*) asiste a la escuela o participa en algún programa de capacitación? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿dónde? _____

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) - Toda información que brinde en relación con su solicitud para recibir el subsidio SNAP estará sujeta a la verificación por autoridades federales, estatales y municipales. De encontrarse información inexacta, se le podrá denegar el subsidio SNAP. Se le someterá a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información incorrecta.

Nunca más podrá obtener el subsidio SNAP si se le declara culpable por segunda vez en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere receta médica) a cambio de beneficios de SNAP; **o** si se le declara culpable en un tribunal de justicia de vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de beneficios de SNAP; **o** si se le declara culpable en un tribunal de justicia de traficar beneficios de SNAP por un valor de \$500 o más. El tráfico incluye el uso ilegal, la transferencia, la adquisición, la manipulación o la posesión ilegal de beneficios SNAP, tarjetas de autorización o elementos de acceso; **o** si es declarado culpable de cometer la tercera Violación Intencional al Programa (IPV).

No podrá recibir el subsidio SNAP durante dos años si se le declara culpable, por primera vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas que sólo se pueden comprar con receta médica) a cambio de beneficios de SNAP.

Si ha cometido su: **■** Primera IPV, no podrá recibir el subsidio SNAP por el periodo de un año. **■** Segunda IPV, no podrá recibir el subsidio SNAP por un periodo de dos años.

También, un tribunal de justicia puede prohibirle recibir el subsidio SNAP durante un periodo de 18 meses adicionales. Si hace una declaración falsa sobre su identidad o domicilio a fin de recibir beneficios múltiples de SNAP, no podrá recibir el subsidio SNAP durante un periodo de diez años (o **en forma permanente** si ésta es su tercera IPV).

Se le puede declarar culpable de una IPV si presta testimonio falso o engañoso, o hace representaciones falsas, oculta o retiene datos; **o** comete un acto que constituya una violación de la ley federal o estatal con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar beneficios de SNAP, tarjetas de autorización o documentos reusables pertenecientes al sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Se le impondrá una multa de hasta \$250,000, pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones.

No reunirán los requisitos para recibir los beneficios de SNAP aquellas personas que estén prófugas de la justicia para evadir un juicio, proceso o reclusión por un delito, o que violen el período de libertad probatoria o libertad bajo palabra.

Si usted recibe un monto mayor de beneficios de SNAP de los que debiera recibir (pago en exceso), debe devolverlo. Si su caso está activo, deduciremos el monto en exceso de los pagos futuros del subsidio SNAP que usted reciba. Si su caso está cerrado, usted puede devolver el monto en exceso regresando cualquier monto no utilizado del subsidio SNAP que reste en su cuenta, o puede pagar en efectivo.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

Si usted recibió un pago en exceso que todavía no ha reembolsado, dicho pago se le cobrará de diversas maneras, inclusive por medio del cobro automático por parte del gobierno federal. El beneficio federal (tal como el Seguro Social) y los reembolsos de impuestos a los que usted tenga derecho, se podrán retener como pago de la deuda a la cual también se le agregará cargos de tramitación.

Todo monto de beneficios de SNAP que haya sido retirado de la cuenta de SNAP se acreditará a la deuda del pago en exceso. Si usted solicita nuevamente el subsidio SNAP y tiene una deuda de pago en exceso pendiente, ésta se deducirá del nuevo monto de beneficios de SNAP que usted reciba y se le notificará del nuevo monto reducido de beneficios que recibirá.

CONSENTIMIENTO: entiendo que al firmar esta 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 la oficina local de servicios sociales del distrito, realice toda investigación necesaria a fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, o para cualquier otra investigación realizada en relación con mi solicitud del subsidio SNAP. Proporcionaré información adicional si se requiere. Además, cooperaré con el personal estatal y federal en la realización de toda revisión de control de calidad pertinente al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE SEGURO DE DESEMPLEO: autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York a divulgar toda información confidencial, relativa al seguro de desempleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York. Dicha información incluye datos sobre reclamos de beneficios de seguro de desempleo y registros salariales. Entiendo que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados, junto con los empleados de organismos locales y estatales que trabajan en oficinas de distrito de servicios sociales locales, utilizarán la información del seguro de desempleo para establecer o verificar si se reúnen los requisitos, y el monto de los beneficios de Asistencia Temporal, Asistencia Médica y del Subsidio SNAP solicitados en la presente solicitud, y con el fin de investigar si tenía derecho a los beneficios que recibí.

INFORMACIÓN SOBRE SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA): entiendo que los beneficiarios de SNAP reúnen los requisitos en base a una categoría de ingresos establecida por el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP destinado a ciertos beneficiarios de SNAP, tengo intenciones de solicitarlo dentro de los próximos 12 meses. Si decido no solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses, le informaré de dicha situación a la persona a cargo de mi caso.

INFORMACIÓN SOBRE ASIGNACIÓN PARA SERVICIOS TELEFÓNICOS: entiendo que los beneficiarios de SNAP reúnen los requisitos para recibir una subvención telefónica si pagan por servicio telefónico residencial, teléfono celular, teléfono, tarjeta telefónica o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

CAMBIOS: acepto informar **con prontitud** a la agencia de todo cambio que se produzca pertinente a mis necesidades, ingresos, propiedades, condiciones de vivienda, estado de embarazo o 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 debe reportar gastos por cuidado de niños y servicios públicos para poder obtener deducciones por estos gastos con relación al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Además, entiendo que mi hogar deberá reportar y comprobar los pagos por alquiler / hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y sustento de menores pagados a toda persona que no sea miembro del hogar, con el fin de obtener una deducción por estos gastos en los beneficios de SNAP. Entiendo que el no reportar / no verificar los gastos anteriores se interpretará como una declaración por parte de mi hogar de que yo no quiero, o de que nosotros no queremos obtener la deducción por tales gastos no reportados / no verificados. La deducción por estos gastos podría habilitarme para recibir el subsidio SNAP o aumentar mis beneficios de SNAP. Entiendo que puedo reportar / verificar estos gastos cuando lo desee en el futuro. Esta deducción se aplicará luego al cálculo de beneficios de SNAP en meses subsiguientes, según las reglas sobre informe y proceso de cambios.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - RECOPIACIÓN Y USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): la recopilación de los números de seguro social de cada miembro del hogar, con respecto al subsidio SNAP, está autorizada conforme la ley que rige al Programa Cupones para Alimentos de 1977 (enmendado, 7 US Code 2011-2036). Toda información recopilada servirá para determinar si su hogar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para recibir los beneficios. Verificaremos esta información por emparejamiento computarizado de datos. Esta información se utilizará para verificar el cumplimiento de las reglas del programa y para la administración del mismo. La información también se usará para verificar identidad, ingresos devengados y no devengados, y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Esta información podrá divulgarse 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.

Si usted o toda persona que realice la solicitud o revalidación no tiene número de Seguro Social, deberá solicitar uno ante la Administración del Seguro Social.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE / CONDICIÓN MIGRATORIA: declaro bajo juramento y/o afirmo so pena de perjurio que la información que presenté sobre mi ciudadanía estadounidense o condición migratoria, y la de las personas que viven en mi hogar es verdadera y correcta. Entiendo que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (*United States Citizenship and Immigration Services*) puede examinar la veracidad de la información que proporcione con relación al estado migratorio del/de los solicitante(s) del subsidio SNAP.

Con relación al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), debe documentarse la ciudadanía estadounidense sólo si existe duda.

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS: según legislación federal y los principios generales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (Department of Agriculture, USDA), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o incapacidad. Si desea presentar una queja por discriminación, envíe su carta al: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que brinda igualdad de oportunidades.

REPRESENTANTE AUTORIZADO: usted puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar para que **solicite** los beneficios de SNAP por usted. Además, también puede autorizar a otra persona que no sea miembro de su hogar, para que obtenga los beneficios de SNAP en su representación y compre los alimentos por usted. Si desea autorizar a otra persona, deberá hacerlo por escrito. Usted deberá escribir en letra de molde, el nombre de dicha persona, el domicilio y el número de teléfono en la sección que aparece más adelante. Cuando un representante autorizado solicita los beneficios de SNAP a favor de una familia que no reside en una institución, tanto el representante autorizado como el jefe de familia deben firmar y fechar la sección de firmas al pie de esta página.

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

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

CERTIFICACIÓN: juro y/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 completar el proceso de solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE 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 registro de votantes en una agencia del estado de NY



"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar el registro para votar aquí hoy?"

- SÍ** (Si contesta que Sí, llene la SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE en la parte inferior de esta página)
- NO porque opté por no registrarme O
- Ya estoy registrado para votar en mi domicilio actual O
- Solicité y recibí un formulario de registro por correo.
- En caso de que no marque ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.**

(Firma)

(Fecha)

(Escriba el nombre en letra de molde)

¡Importante!

Solicitar el registro o negarse al registro para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará la agencia.

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

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料：如果你有興趣索取本中文資料表格，請電 1 - 800 - 367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화하십시오.

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

NVRA-05 (01/2011)

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

1	¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de la elección? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		3	Uso exclusivo de la Junta electoral				
	Si respondió NO, no llene este formulario.			Si respondió NO, no llene este formulario a menos que vaya a tener 18 años cumplidos a fin de año.							
3	Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Sufijo				
4	Domicilio particular donde vive (no informe 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 (círculo) M F		8	Teléfono particular (optativo)		9 Número de ID: Marque la casilla que corresponda y escriba su número: <input type="checkbox"/> Número de DMV del estado de Nueva York _____ Si no tiene un número de DMV del estado de Nueva York, informe : <input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social _____ <input type="checkbox"/> No tengo licencia de conductor de Nueva York		
10	El año en que votó por última vez		Su domicilio era (informe el número de casa, la calle y la ciudad)								
	En el condado/estado		Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)								
11	Elija un partido --Marque únicamente una casilla				12	DECLARACIÓN JURADA: Juro o declaro que					
	<input type="checkbox"/> Partido Demócrata <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de las Familias Trabajadoras <input type="checkbox"/> Partido de la Independencia <input type="checkbox"/> Partido Verde <input type="checkbox"/> Otros (completar) _____ <input type="checkbox"/> No deseo afiliarme a ningún partido					<ul style="list-style-type: none"> • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré residido en el condado, ciudad o aldea por un mínimo de 30 días antes de las elecciones. • Reúno todos los requisitos para registrarme como votante en el Estado de Nueva York. • La firma o marca a continuación es de mi puño y letra. • La información que he ofrecido es verdadera. Entiendo que de no serlo, se me puede condenar y multar por hasta \$5,000 y/o encarcelar por un máximo de cuatro años. 					
								(Firma o marca en tinta)		(Fecha)	

(Optativo) Inscríbase para donar sus órganos o tejidos.

Apellido _____
 Nombre _____
 Inicial del segundo nombre _____ Sufijo _____
 Domicilio _____
 Apt N.º _____ Código postal _____
 Ciudad _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo M F
 Color de ojos _____ Estatura _____ pies _____ pulg

Con su firma a continuación, usted certifica que:

- Tiene 18 años o más;
- Presta 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 identificatoria al DOH para inscribirse en el Registr;
- y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información a organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a bancos de tejidos y ojos con licencia del Estado de Nueva York y hospitales en caso de que usted fallezca



Firma

Fecha

Calificaciones para la inscripción

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 la elección;
- no estar en la cárcel ni en libertad condicional (parole) por haber cometido un delito grave; y
- no tener derecho a votar en otro lugar.

¡Importante!

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:

New York State Board of Elections, 40 Steuben Street,
Albany, New York 12207-2109
Teléfono: 1-800-469-6872;

Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema retransmisor del estado de Nueva York o visitar nuestro sitio web:
www.elections.state.ny.us

Su decisión de inscribirse será confidencial y sólo se utilizará para inscribirlo como votante. Los que decidan no inscribirse para votarse 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 su identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número de **DMV (número de la licencia de conductor o número de ID de no conductor)**, o mediante **los cuatro últimos dígitos del número de su seguro social**, que usted escribirá en la casilla 9.

Si **no tiene número de DMV o de Seguro Social**, debe usar una identificación con foto válida, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancario, su cheque de 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 completar el formulario:

Es delito procurar un registro falso o brindar información falsa a la Junta Electoral.

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

Casilla 10: Si nunca antes votó, 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. Para votar en una elección primaria, debe estar afiliado en uno de los partidos que se enumeran; excepto por el Partido de la Independencia, que permite que votantes no afiliados participen en ciertas elecciones primarias.
