

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NÚMERO DE CASO: \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS (DHS)  
FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN DEL SNAP**

Sus beneficios del Programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP) terminarán a menos que los recertifique.

**USTED DEBERÁ:**

- **RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO (USE PAPEL ADICIONAL SI ES NECESARIO).**
- **FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA EN ESTE FORMULARIO.**
- **ADJUNTAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.**
- **DEVOLVER ESTE FORMULARIO A LA OFICINA DEL DHS.**
- **REALIZAR UNA ENTREVISTA.**

Su formulario de recertificación puede ser presentado y devuelto en persona, por correo o por fax a uno de los siguientes números según la ubicación de su oficina:

Providence fax: (401) 415-8557

Woonsocket fax: (401) 235-6237

Pawtucket fax: (401) 721-6659

South County fax: (401) 782-4316

Newport fax: (401) 851-2105

Warwick fax: (401) 736-1442 or (401) 736-1443

Para procesar su recertificación, debe realizar una entrevista. Un representante del DHS se pondrá en contacto con usted, o le enviará una carta separada con la fecha y la hora de su entrevista, una vez que reciba el formulario de recertificación. Si no recibe una llamada telefónica o una carta de cita dentro de los 10 días siguientes a la presentación de su formulario de recertificación al DHS, comuníquese con la oficina local de DHS. En caso de perder la cita a la entrevista, usted es responsable de reprogramar la cita y proporcionar la información de verificación requerida. Sus entrevistas se pueden realizar por teléfono o en persona en la oficina del DHS.

Proporcione un número de teléfono al que pueda ser contactado:

\*\*\*\*\*

IDIOMA:

LENGUA MATERNA

CAMBIOS a la lengua materna

¿Necesita un intérprete?

SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

Si es necesario, los servicios de intérprete se proporcionan de forma gratuita.

¿Puede leer y escribir en inglés?

SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

Si usted no habla inglés, ¿algún miembro adulto de la familia habla inglés?

SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

\*\*\*\*\*

DIRECCIÓN:

DIRECCIÓN:

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*ADJUNTAR\* Prueba de residencia. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS.

\*\*\*\*\*

¿QUIÉN VIVE EN SU CASA?

NOMBRE DE LA PERSONA

Parentesco

¿Solicita SNAP?

Fecha de partida si la persona abandonó la vivienda

-----  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ingrese el nombre de cualquier MIEMBRO NUEVO de la familia

NAME OF NEW PERSON

SEXO

Fecha de nacimiento

Parentesco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

M \_\_\_ F \_\_\_  
M \_\_\_ F \_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
DD MM AAAA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para cada NUEVO miembro de la familia que solicite los beneficios, conteste lo siguiente:

NOMBRE DE LA PERSONA

Número de Seguro social

¿Esta persona es un ciudadano de EE. UU.?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  
\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

\*ADJUNTAR\* Prueba de identidad. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS.

\*\*\*\*\*

OTRA INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

¿Reside usted, su cónyuge o alguien de su familia en alguno de los lugares que se enumeran a continuación?      SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Centro aprobado de rehabilitación de drogas y alcohol  
 Discapacitados/invidentes que residen en su hogar  
 Atención residencial y vida asistida  
 Centro de atención a largo plazo

Vivienda para personas mayores con discapacidad  
 Albergue para mujeres maltratadas  
 Albergue para personas sin hogar  
 Casa de rehabilitación

Si la respuesta es «sí», complete las siguientes preguntas:

NOMBRE DEL CENTRO DE CONVIVENCIA ASISTIDA

NOMBRE DE LA PERSONA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aparte de usted y su cónyuge, ¿hay otros padres con hijos menores de 22 años viviendo con usted?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es «sí», complete las siguientes preguntas:

NOMBRE DEL PADRE

NOMBRE DEL NIÑO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para cualquier miembro de su familia que tenga dieciséis (16) años o más, ingrese a continuación la información relacionada con la escuela o capacitación laboral:

NOMBRE DE LA PERSONA	Escuela/ Programa de capacitación	¿A tiempo completo o parcial?	Fecha de culminación
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
			DD MM AAAA

¿Hay alguien en su familia que no compre o no prepare las comidas con usted?

Si la respuesta es «SÍ», ingrese la siguiente información:

NOMBRE DE LA PERSONA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay alguien en su familia que esté mental o físicamente enfermo, incapacitado, o que sea discapacitado o invidente??

Si la respuesta es «SÍ», ingrese la siguiente información:

NOMBRE DE LA PERSONA

PROBLEMA MÉDICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

DESEMPLEO:

¿Hay algún miembro de la familia desempleado o que solo trabaje media jornada? Si la respuesta es «SÍ», ingrese la siguiente información:

NOMBRE DE LA PERSONA \_\_\_\_\_ ¿Desempleada? SÍ\_\_\_\_NO\_\_\_\_ ¿Trabaja media jornada? SÍ\_\_\_\_NO\_\_\_\_

¿Esta persona rechazó algún trabajo o alguna oferta de programas de capacitación en los últimos 30 días? SÍ\_\_\_\_NO\_\_\_\_

Fechas de recepción de compensación por desempleo en los últimos 12 meses:

DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ingrese a continuación las horas y las semanas trabajadas en los últimos 30 días:

Semana	Fecha	No. de días trabajados	Nombre del empleador	Fechas de empleo	Cantidad remunerado
SEMANA 1	____/____/____	_____	_____	____/____/____ HASTA: ____/____/____	_____
SEMANA 2	____/____/____	_____	_____	____/____/____ HASTA: ____/____/____	_____
SEMANA 3	____/____/____	_____	_____	____/____/____ HASTA: ____/____/____	_____
SEMANA 4	____/____/____	_____	_____	____/____/____ HASTA: ____/____/____	_____
SEMANA 5	____/____/____	_____	_____	____/____/____ HASTA: ____/____/____	_____

\*\*\*\*\*

INGRESOS LABORALES:

¿Alguien en la familia, incluido niños, recibe ingresos laborales? SÍ\_\_\_\_NO\_\_\_\_

Si la respuesta es «SÍ», ingrese la siguiente información:

PERSONA CON INGRESOS \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

Complete la siguiente información de los talones de pago de las últimas CUATRO (4) semanas

FECHAS DE PAGO DD / MM / AAAA	HORAS	SALARIOS BRUTOS ANTES DE IMPUESTOS	PROPINAS/ COMISIONES	OTROS
1. ____/____/____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. ____/____/____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. ____/____/____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. ____/____/____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

\*ADJUNTAR\* Prueba de ingresos ganados. Consulte los DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS.

\*\*\*\*\* INGRESOS DE NEGOCIO:

¿Algún miembro de la familia recibe actualmente ingresos de un negocio comercial propio (autoempleo)?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es «SÍ», ingrese la siguiente información:

PERSONA CON INGRESO COMERCIAL      NOMBRE DEL COMERCIO O TIPO DE COMERCIO

\_\_\_\_\_

¿Cuál es el ingreso bruto (antes de los gastos) mensual? \$ \_\_\_\_\_/mes

\*ADJUNTAR\* Prueba de ingresos brutos ganados durante el mes pasado y gastos relacionados, si los hubiera. Los gastos permitidos pueden incluir mano de obra, materiales, suministros, impuestos, alquiler (si no es un comercio en el hogar), gastos de viaje, intereses sobre préstamos para comprar equipos/otras propiedades.

\*\*\*\*\* OTROS INGRESOS:

¿Usted o alguien de su familia recibe ALGÚN OTRO ingreso de:

a) CUIDADO INFANTIL, que se proporciona para otros niños?      SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es «SÍ», ¿cuántos niños reciben el cuidado infantil? \_\_\_\_\_

b) ¿Existe alguna PROPIEDAD DE ALQUILER de la que sea propietario(a) o administrador(a)?      SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas unidades hay en la propiedad? \_\_\_\_\_

¿Reside en alguna de las unidades?      SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

c) ¿Le ALQUILA UNA HABITACIÓN en su casa a alguien?      SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es «SÍ», ¿ofrece comidas con la habitación?      SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si usted respondió «sí» a alguno de estos tipos de ingresos, complete la siguiente información:

PERSONA CON INGRESOS	Tipo de ingreso	Ingresos brutos Cantidad/frecuencia*
_____	_____	\$ _____ POR _____
_____	_____	\$ _____ POR _____
_____	_____	\$ _____ POR _____

\*FRECUENCIA: semanal, bisemanal, mensual, bimestral, trimestral, etc.

\*ADJUNTAR\* Prueba de ingresos brutos ganados durante el mes pasado y gastos relacionados, si los hubiera. Los gastos permitidos son aquellos que son esenciales para producir o proporcionar los servicios.

Do you or anyone in your household, including children, receive ANY OTHER income that IS NOT from a job or self-employment? YES\_\_\_NO\_\_\_

(Examples: Child Support, SSI/RSDI benefits, Worker's Comp, TDI, Unemployment Insurance, Pensions, Alimony, Interest/Dividends, Adoption Subsidy, Veteran's Benefits, Military/Dependent Allotment, etc.)

If YES, complete the following information:

PERSON WITH UNEARNED INCOME	Type of Income	Amount/How Often*
_____	_____	\$ _____ PER _____
_____	_____	\$ _____ PER _____
_____	_____	\$ _____ PER _____

\*HOW OFTEN: Weekly, bi-weekly, monthly, bi-monthly, quarterly, etc.

\*ATTACH\* Proof of Unearned Income. Refer to the DOCUMENTS YOU NEED FOR BENEFIT APPROVAL.

Are you or anyone in your household waiting for a decision about being able to collect any of the above types of income?

YES\_\_\_NO\_\_\_

If YES, write in the information below:

PERSON WHO APPLIED FOR BENEFITS	Type of Benefit	Date Expected
_____	_____	____/____/____

\*\*\*\*\*

EXPENSES:

Does anyone in your household pay for day care for the care of a child or a disabled adult household member?

YES\_\_\_NO\_\_\_

If YES, write in the information below:

PERSON PAYING FOR CARE	Person Receiving Care	Amount Paid	How Often*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\*HOW OFTEN: Weekly, bi-weekly, monthly, bi-monthly, quarterly, etc.

\*ATTACH\* Proof of Dependent Care. Refer to the DOCUMENTS YOU MAY NEED FOR BENEFIT APPROVAL.

Does anyone in your household pay court-ordered child support to another household? YES\_\_\_NO\_\_\_

If YES, write in the information below:

PERSON PAYING SUPPORT	To Whom Paid	Amount Paid	How Often*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\*ATTACH\* Proof of Child Support Paid. Refer to the DOCUMENTS YOU MAY NEED FOR BENEFIT APPROVAL.

Do you or anyone in your household pay all or a share of rent, mortgage payment, property taxes, insurance, or other housing costs? YES\_\_\_NO\_\_\_

If YES, complete the following information:

TYPE OF EXPENSE	Amount/How Often*
_____	_____PER_____
_____	_____PER_____
_____	_____PER_____

\*HOW OFTEN: Weekly, bi-weekly, monthly, bi-monthly, quarterly, etc.  
 \*ATTACH\* Proof of Shelter Costs. Refer to the DOCUMENTS YOU MAY NEED FOR BENEFIT APPROVAL.

Did you get a Low Income Energy Assistance Act (LIHEAA) Grant at your current address in the last twelve (12) months? YES\_\_\_NO\_\_\_

Do you or anyone in your household pay for utilities? YES\_\_\_NO\_\_\_

If YES, write in the information below:

PERSON PAYING UTILITY	Type of Utility	Amount/How Often*
_____	_____	_____PER_____
_____	_____	_____PER_____
_____	_____	_____PER_____
_____	_____	_____PER_____

\*HOW OFTEN: Weekly, bi-weekly, monthly, bi-monthly, quarterly, etc.  
 \*ATTACH\* Proof of Shelter Costs. Refer to the DCOUMENTS YOU MAY NEED FOR BENEFIT APPROVAL.

Does anyone in your household who is disabled or age 60 or older pay medical costs not covered by insurance? YES\_\_\_\_\_NO\_\_\_

If YES, write in the information belw:

PERSON PAYING MEDICAL	Type of Medical Cost	Amount/How Often*
_____	_____	_____PER_____
_____	_____	_____PER_____
_____	_____	_____PER_____
_____	_____	_____PER_____

\*HOW OFTEN: Weekly, bi-weekly, monthly, bi-monthly, quarterly, etc.  
 \*ATTACH\* Proof of Medical Expenses. Refer to the DOCUMENTS YOU MAY NEED FOR BENEFIT APPROVAL.

\*\*\*\*\*

**\* COMPLETING FORM:**

Did anyone help you complete this form? YES\_\_\_NO\_\_\_ If YES, write in the information below:

PERSON'S NAME	PHONE NUMBER	AGENCY (if appropriate)
_____	_____	_____

\*\*\*\*\*

PENALIDADES POR PERJURIO

Certifico bajo pena de perjurio que he leído (o que me leyeron) y entiendo la Notificación de Derechos, Responsabilidades y Sanciones y que mis respuestas son correctas, incluyendo la información sobre ciudadanía y estatus de extranjero, y completas a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Sé que conforme a las Leyes Generales de Rhode Island, cláusula 40-6-15, se puede imponer una multa máxima de \$1000, o prisión de hasta cinco (5) años, o ambas, a una persona que obtenga, o intente obtener o ayudar a cualquier persona a obtener, asistencia pública a la que no tiene derecho, o que voluntariamente no divulgue ingresos, recursos o circunstancias personales o aumentos que excedan la cantidad previamente informada.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o del receptor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor, abogado o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

PLEASE DETACH YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES AND KEEP FOR YOUR RECORDS.



**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

de los solicitantes/beneficiarios del Programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP)

**DERECHOS**

**Usted tiene DERECHO** a solicitar y, si es elegible, a recibir los beneficios del Programa de asistencia de nutrición suplementaria basado en las políticas y normas establecidas según las leyes y regulaciones estatales y federales.

**Usted tiene DERECHO** a apelar y recibir una audiencia ante un funcionario de audiencia del departamento si no está satisfecho con alguna decisión del departamento, o si el departamento se demora en tomar una decisión. Si solicita una audiencia, su apelación será escuchada con prontitud. Usted puede ser representado por un abogado o cualquier otra persona que elija para que comparezca en su nombre. Si no está satisfecho con alguna decisión del departamento con respecto a su solicitud, tiene derecho a solicitar una audiencia. Debe solicitar una audiencia dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha en que reciba un aviso por escrito de los beneficios del Programa de asistencia de nutrición suplementaria.

**Usted tiene DERECHO** a un trato no discriminatorio. De acuerdo con la Ley federal de derechos civiles y con los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en, o administran, programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o tomar alguna represalia o venganza por la participación previa en actividades de derechos civiles de cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para recibir información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información sobre el programa podría estar disponible en otros idiomas aparte del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, rellene el [Formulario de presentación de quejas por discriminación del programa del USDA](#), (AD-3027) que se puede encontrar en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de presentación de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por: (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) teléfono fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

De acuerdo con el artículo 6 de la Ley de derechos civiles de 1964 (42 USC 2000d et seq.), la cláusula 504 de la Ley de rehabilitación de 1973, con sus enmiendas (29 USC 794), la Ley de americanos con discapacidades de 1990 (42 USC 12101 et seq.) y el artículo 9 de las Enmiendas a la educación de 1972 (20 USC 1681 et seq.), la Ley de alimentación y nutrición de 2008 (anteriormente Ley de estampillas para alimentos), la Ley de discriminación por edad de 1975, los reglamentos de implementación del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos (45 CFR Partes 80 y 84) y los reglamentos de implementación del Departamento de educación de los Estados Unidos (34 CFR Partes 104 y 106) y el Departamento de agricultura, alimentación y servicios de nutrición (7 C.F.R. 272.6), el Departamento de servicios humanos (DHS) no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, religión, creencias políticas, edad, religión o género en la aceptación o prestación de servicios, empleo o tratamiento, en su educación y otras actividades del programa. Conforme a otras disposiciones de la ley vigente, el DHS no discrimina en base a la orientación sexual, la identidad o expresión de género. Para obtener más información sobre estas leyes, reglamentos y procedimientos de presentación de quejas para la resolución de quejas por discriminación, diríjase al DHS en 206 Elmwood Avenue, Providence, Rhode Island 02907, o llame por teléfono al 415-8500 (para personas sordas o con discapacidad auditiva al 1-800-745-5555 o 711). El funcionario de enlace de Relaciones comunitarias es el coordinador de la implementación del título VI, el administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (SRO) o su designado(a) es el coordinador de la implementación del título IX, apartado 504 y ADA. El director del DHS o su designado(a) tiene la responsabilidad general de garantizar el cumplimiento de los derechos civiles de todos los programas de la agencia.

**Usted tiene DERECHO a la confidencialidad. Conforme a la ley estatal, todas las agencias que administran los programas incluidos como parte de esta solicitud están obligadas por las leyes y reglamentos estatales y federales a usar la información sobre usted y otros miembros de su familia únicamente con fines directamente relacionados con la administración de los programas y de acuerdo con los reglamentos de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA) para la privacidad de la información sobre la salud individualmente identificable.**

El departamento no divulga información sobre usted u otros miembros de su familia sin su consentimiento, excepto lo dispuesto en las Leyes generales de Rhode Island 40-6-12, 40-6-12.1 y 42-7.2-5 (13) y las regulaciones establecidas en el Código administrativo del DHS. Cualquier persona declarada culpable por violar las disposiciones de las Leyes generales 40-6-12 de Rhode Island será considerada culpable de un delito menor. Los infractores están sujetos a una multa máxima de doscientos dólares (\$200), o encarcelamiento de hasta seis (6) meses, o ambos.

**Usted tiene DERECHO** a presentar una solicitud conjunta para más de un programa o presentar una solicitud separada para los beneficios del SNAP sin solicitar otros beneficios del programa. Todas las solicitudes del SNAP, independientemente de si son solicitudes conjuntas o separadas, deben ser procesadas para fines del SNAP conforme a los requisitos de procedimiento, puntualidad, aviso y de audiencia imparcial. A ninguna familia se le negará la solicitud del SNAP solo porque se le haya rechazado la solicitud para participar en otro programa o porque se le hayan terminado los beneficios de otro programa, sin una resolución separada emitida por la agencia correspondiente, que establezca que la familia no cumple con los requisitos de elegibilidad del SNAP. Las familias que presenten una solicitud conjunta para el SNAP y otro programa y a las que se les nieguen los beneficios del otro programa no tendrán que volver a enviar la solicitud conjunta o presentar otra solicitud para el SNAP, pero su elegibilidad para el SNAP estará determinada por la solicitud conjunta según los plazos de procesamiento del SNAP a partir de la fecha en que la solicitud conjunta haya sido aceptada por el departamento.

**Usted tiene DERECHO** a designar un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona designada por el jefe de la familia o el cónyuge, o cualquier otro miembro responsable de la familia, para actuar en nombre la familia y solicitar los beneficios del programa o usar los beneficios. El representante autorizado para recibir los beneficios puede o no ser la misma persona designada como representante autorizado para el proceso de solicitud o para cumplir con los requisitos de presentación del informe. La designación del representante autorizado debe hacerse por escrito.

**RESPONSABILIDADES**

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de proporcionar la información exacta sobre sus ingresos, recursos y condiciones de vida en esta recertificación.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de informarnos inmediatamente (en un plazo de diez [10] días) sobre cualquier cambio en sus ingresos, recursos, composición familiar o cualquier otro cambio que afecte su familia. Si usted es un informante simplificado, debe informar los cambios en el ingreso que hagan que los ingresos brutos superen el estándar vigente de elegibilidad de ingresos del SNAP para el tamaño de su familia. Si no está seguro acerca de sus requisitos de información, póngase en contacto con el DHS para recibir ayuda.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de proveer el número de Seguro social (o prueba de que ha solicitado uno) propio y de su familia, o de solicitarlo, si se lo requiere, como condición de elegibilidad. La recopilación de información sobre la solicitud, así como los números de Seguro social de todos los miembros de su familia para quienes recibe asistencia, está autorizada conforme a la Ley de alimentos y nutrición de 2008 (anteriormente la Ley de estampillas para alimentos), con sus enmiendas, 7 USC 2011-2036 y conforme a la Ley federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910). Esta información se utilizará para determinar si su familia es elegible o continúa siendo elegible para participar en SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP, y seguro de salud privado con ayuda financiera. El departamento verificará esta información a través de programas de comparación con el Departamento de trabajo y capacitación, la Administración del seguro social, el Servicio de impuestos internos, el Servicio de alimentos y nutrición y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por ley, reglamento o contrato, y estos estarán sujetos a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. La información de ingreso y elegibilidad obtenida de estas agencias se usará para garantizar que su familia sea elegible para recibir la cantidad correcta de beneficios de SNAP, GPA, Cuidado infantil, RIW, Medicaid y seguro médico privado con ayuda financiera. Esta información también se usará para controlar el cumplimiento de las regulaciones del programa, para la administración del programa y para prevenir el fraude y verificar las reclamaciones de atención médica.

Esta información se puede divulgar a otras agencias federales y estatales para un examen oficial, y a los funcionarios del orden público con el fin de aprehender a las personas que huyen para evitar la ley. Si surge una reclamación en contra de su familia, la información de esta solicitud, incluyendo todos los números de seguro social (SSN), puede ser remitida a agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de cobranza de reclamaciones para acciones de cobro de reclamaciones. Proporcionar la información solicitada es voluntario. No obstante, el no proporcionar un SSN resultará en la denegación de los beneficios a cualquier persona que solicite beneficios. Cualquier SSN proporcionado será usado y divulgado de la misma manera que los SSN de miembros elegibles la familia.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de informar y proporcionar una prueba de sus gastos con el fin de obtener la cantidad máxima permitida de beneficios del SNAP. El no informar o no proveer pruebas de sus gastos será considerado como una declaración de que usted no desea recibir una deducción por el gasto no informado o no comprobado.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de cooperar plenamente con el personal estatal y federal para la realización de revisiones de control de calidad.

Solo los ciudadanos estadounidenses y ciertos inmigrantes legales pueden ser elegibles para los beneficios del SNAP. Si con usted residen no ciudadanos que no son elegibles, puede solicitar y recibir los beneficios para otros miembros elegibles de la familia. No está obligado a proporcionar información de inmigración sobre las personas que no solicitan los beneficios, pero puede que tenga que proporcionar otra información sobre esas personas, como ingresos y recursos.

#### **Tarjeta EBT de provisiones de reemplazo del SNAP:**

Los titulares de tarjetas que soliciten cuatro (4) o más tarjetas EBT de reemplazo dentro de un período de doce (12) meses pueden ser referidos a la Unidad de fraude para una investigación de uso indebido o abuso de la tarjeta EBT. Las violaciones documentadas pueden resultar en una o más de las siguientes acciones:

- Descalificación del programa;
- Recuperación mediante reembolso/restitución; o,
- Remisión para procesamiento penal.

En todos los casos, la agencia actuará para proteger a las familias con personas sin hogar, ancianos o discapacitados, víctimas de delitos y otras personas vulnerables que puedan perder las tarjetas electrónicas de transferencia de beneficios pero que no están cometiendo fraude.

Entiendo y estoy de acuerdo en que la oficina del DHS puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

#### **AVISOS DE PENALIZACIONES DEL SNAP**

**Entiendo que:**

**Cualquier miembro de mi familia que intencionalmente infrinja una regla del SNAP será excluido del SNAP por un período de un año y hasta de forma permanente, recibirá una multa de hasta \$250.000, será encarcelado hasta por 20 años, o ambos. Él o ella también puede estar sujeto(a) a enjuiciamiento conforme a las leyes federales y estatales pertinentes. Él o ella también puede ser excluido(a) del SNAP por un período adicional de 18 meses si la corte lo ordena. Cualquier miembro de mi familia que infrinja intencionalmente una regla del SNAP puede ser excluido del Programa de asistencia de nutrición suplementaria:**

- Por un período de un (1) año por la primera violación, con las excepciones en los números 1 a 5 a continuación;
- Por un período de dos (2) años después de la segunda violación, con las excepciones en los números 1 a 5 a continuación; y,
- De forma permanente para la tercera ocasión de cualquier violación intencional del programa.

**1. Las personas declaradas culpables por un tribunal federal, estatal o local de utilizar o recibir beneficios del SNAP en una transacción relacionada con la venta de armas de fuego, municiones o explosivos serán inelegibles de forma permanente para el Programa de asistencia nutricional suplementaria en la primera ocasión de dicha violación.**

**2. Las personas que hayan declarado o representado fraudulentamente la identidad o el lugar de residencia del individuo con el fin de**

recibir beneficios múltiples del SNAP de forma simultánea no podrán participar en el Programa de asistencia de nutrición suplementaria por un período de diez (10) años.

**3. Las personas declaradas culpables por un tribunal federal, estatal o local, de usar o recibir beneficios en una transacción que involucre la venta de una sustancia controlada (como se define en la cláusula 102 de la Ley de sustancias controladas [21 USC 802]) no serán elegibles por dos años por la primera infracción, y de forma permanente después la segunda infracción.**

**4. Las personas declaradas culpables por un tribunal de justicia, de comprar o vender drogas ilegales o ciertos medicamentos recetados a cambio de beneficios del SNAP no podrán participar en el SNAP durante 24 meses por la primera infracción y de forma permanente después la segunda.**

**5. Una persona condenada por un tribunal federal, estatal o local por haber tramitado beneficios por un monto total de \$500 o más será inelegible de forma permanente para recibir los beneficios del SNAP en la primera ocasión de dicha violación.**

*El tráfico, según se define en 7 CFR 271.2, se refiere a:*

- 1) La compra, venta, robo o cualquier otra forma de intercambio de beneficios del SNAP, emitidos y accedidos a través de tarjetas electrónicas de transferencia de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (NIP), o por cupones y firmas, en efectivo u otra consideración aparte de alimentos elegibles, ya sea directa o indirectamente en complicidad o colusión con otros, o actuando solo;
- 2) El intercambio de armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas para beneficios del SNAP;
- 3) La compra de un producto con beneficios del SNAP, que tenga un contenedor que requiera un depósito de devolución con la intención de obtener efectivo al desechar el producto y devolver el contenedor por el monto del depósito, y el desecho intencional del producto y devolución del contenedor por el monto del depósito;
- 4) La compra de un producto con beneficios del SNAP, con la intención de obtener efectivo o contraprestación de otra cosa que no sea alimento elegible al revender el producto, y la reventa posterior de forma intencionada del producto comprado con beneficios del SNAP a cambio de efectivo o contraprestación de otra cosa que no sea alimento elegible; o
- 5) La compra intencional de productos adquiridos originalmente con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o contraprestación de otra cosa que no sean alimentos elegibles;
- 6) El intento de comprar, vender, robar o afectar de alguna manera un intercambio de beneficios del SNAP emitidos y accedidos a través de tarjetas electrónicas de transferencia de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (NIP), o por cupones y firmas, por dinero o contraprestación de otra cosa que no sean alimentos elegibles, directa o indirectamente, en complicidad o colusión con otros, o actuando solo;

**NO mienta u oculte información para obtener o continuar recibiendo beneficios del SNAP que su familia no debería recibir.**

**NO utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos no alimentarios, como bebidas alcohólicas y cigarrillos o para pagar cuentas de crédito.**

**NO comercialice o venda (o intente comercializar o vender) tarjetas EBT o use la tarjeta EBT de otra persona para su familia.**

El DHS puede utilizar o compartir la información de esta solicitud para la administración de programas del DHS, así como también para la administración de otros programas de asistencia financiados por fondos federales conforme las leyes, contratos y regulaciones estatales y federales. El DHS puede divulgar información no identificable con fines de investigación. Cualquier divulgación de información de identificación se hará de acuerdo con las leyes estatales y federales.