



Departamento de Asistencia Transicional

Solicitud de Beneficios de SNAP

(Para miembros de su hogar que estan en SSI)

Source: SSA

USTED PUEDE CONSEGUIR BENEFICIOS DE SNAP DENTRO DE 7 DÍAS SI UNA DE LAS SIGUIENTES LE DESCRIBE (marque las casillas apropiadas):													
<input type="checkbox"/> La suma de sus ingresos más su dinero en el banco es menos que sus gastos de vivienda mensuales; o <input type="checkbox"/> Su ingreso mensual es \$150 o menos, y su dinero en el banco es \$100 o menos; o <input type="checkbox"/> Usted es trabajador migrante y sus ahorros en el banco son \$100 o menos.													
Apellido:		Nombre:		Inicial del Segundo Nombre									
Número de Seguro Social:													
Fecha de Nacimiento: / /		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Lenguaje preferido:									
Dirección actual:													
Número y Calle:		# de Apt.	Ciudad	Estado: ZIP									
Dirección para recibir correo (si diferente)				Número de teléfono:									
Está usted viviendo en: <input type="checkbox"/> Alojamiento Privado <input type="checkbox"/> Lugar Residencial <input type="checkbox"/> Programa para Jovenes <input type="checkbox"/> Alojamiento Público <input type="checkbox"/> Casa de Huéspedes Comercial <input type="checkbox"/> Campo de Emigrantes <input type="checkbox"/> Alojamiento Transicional <input type="checkbox"/> Alojamiento que provee el Patrón <input type="checkbox"/> Albergue													
Usted está desamparado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>													
¿Cuántas personas viven en su casa (sin incluirse as sí mismo)?													
1. ¿Usted desea autorizar a alguien que no sea usted mismo que efectúe su solicitud o reciba beneficios de SNAP en su nombre? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido:</td> <td style="width: 25%;">Nombre:</td> <td style="width: 25%;">Inicial del Seguro Nombre</td> <td style="width: 25%;">Número de teléfono:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Dirección:</td> </tr> </table>					Apellido:	Nombre:	Inicial del Seguro Nombre	Número de teléfono:	Dirección:				
Apellido:	Nombre:	Inicial del Seguro Nombre	Número de teléfono:										
Dirección:													
2. ¿Está usted, o alguna persona en su hogar, embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3. ¿Vive en su hogar algún niño que no es su hijo, que tenga menos de 18 años, y que no esté bajo su control y supervisión? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 4. ¿Hay alguna persona en su hogar que habita en su casa como huésped? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 5. ¿Recibe usted, o alguna persona que vive con usted, reembolsos de cuidado tutelar? (foster care) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 6. ¿Vive alguna persona en su hogar, incluyéndose a si mismo, que NO sea residente de Massachusetts, o que planea irse de Massachusetts? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7. ¿Vive alguna persona en su hogar, incluyéndose a si mismo, que NO es ciudadana/o de los Estados Unidos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 8. ¿Desea usted, o alguna persona en su hogar, inscribirse para votar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 9. ¿Tiene usted, o alguna persona en su hogar, una discapacidad física o mental? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 10. ¿Está usted, o alguna persona en su hogar, trabajando o ha trabajado en los últimos sesenta días? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 11. ¿Es usted, o alguna persona en su hogar, elegible para recibir, o está recibiendo, cualquier otro tipo de ingreso tal como Mantenimiento de Niños, Seguridad Social, Compensación del Trabajador, o Beneficios para Veteranos de Guerra? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 12. ¿Está usted, o alguna persona en su hogar, obligado legalmente a pagar matenimiento de niño por algún niño que no vive con usted? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 13. ¿Tiene usted, o alguna persona en su hogar, gastos guardería de niños o cuidado de adultos durante el día? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 14. ¿Alguien en su hogar tiene gastos de seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 15. ¿Tiene usted, o alguna persona en su hogar, más de 60 años de edad, es discapacitado, o tiene gastos médicos erogados, es decir gastos que requieren desembolso en efectivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 16. ¿Qué tipo de gastos de vivienda tiene usted? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Alquiler/Hipoteca</td> <td style="width: 40%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Impuesto Sobre los Bienes Raices</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Alquiler/Hipoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impuesto Sobre los Bienes Raices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alquiler/Hipoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Impuesto Sobre los Bienes Raices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
17. ¿Paga usted: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"><input type="checkbox"/> los gastos de calefacción o de aire acondicionado por separado de su alquiler/hipoteca</td> <td style="width: 40%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> cualquier otro servicio publico (excluyendo calefacción/acondicionado)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> teléfono, incluyendo el teléfono portátil</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> los gastos de calefacción o de aire acondicionado por separado de su alquiler/hipoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cualquier otro servicio publico (excluyendo calefacción/acondicionado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> teléfono, incluyendo el teléfono portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> los gastos de calefacción o de aire acondicionado por separado de su alquiler/hipoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/> cualquier otro servicio publico (excluyendo calefacción/acondicionado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/> teléfono, incluyendo el teléfono portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
18. ¿Ha recibido usted o piensa usted que recibirá dinero de subvención de Asistencia de Energía Combustible? <input type="checkbox"/>													

Departamento de Asistencia Transicional
Solicitud de Beneficios de SNAP
(Para miembros de su hogar que estan en SSI)

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administren programas de USDA discriminar basado en raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, represalia o venganza por actividades de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o patrocinado por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ej. braille, letras grandes, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para beneficios. Las personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. La información sobre el programa también puede ponerse a disposición en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación para el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su carta o formulario completado al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o por
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Al firmar esta solicitud, yo por la presente certifico bajo pena de perjurio que las respuestas en esta solicitud o cualquier otro documento suplementario que yo pueda brindar en el futuro al Departamento es preciso y complete a mi leal saber y entender. Entiendo que porpocionando información incorrecta o no revelando la información que afecta mi elegibilidad para recibir beneficios de SNAP puede conducir a las penas civiles y criminales. También certifico que todos los miembros de mi hogar bajo este programa, que han solicitado beneficios de SNAP son ciudadanos estadounidenses o con un estatus de inmigración satisfactorio.

Firma de Solicitante

_____/_____/_____
Fecha