



Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Formulario de solicitud del Programa de
Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
para Personas Mayores en Georgia



Este formulario de solicitud se utiliza para las personas que solicitan el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (*anteriormente conocido como el Programa de Cupones de Alimentos*). El Programa de SNAP para Personas Mayores en Georgia es un proyecto de solicitud simplificada para personas mayores, creado con el fin de hacerle más fácil a este grupo de personas obtener los beneficios de cupones de alimentos.

Para ser elegible para el programa de SNAP para Personas Mayores, todos en el hogar deben:

- tener 60 años de edad o más,
- comprar y preparar sus comidas juntos
- Y
- no tener ingresos derivados del trabajo.

Usted puede presentar esta solicitud colocando su nombre, dirección y firma en el formulario. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o requiere de asistencia para comunicarse con nosotros, llámenos al 404-370-6236 o envíe por correo su solicitud a Georgia Senior SNAP: P.O. Box 537, Avondale Estates, GA 30002. Si usted tiene discapacidad auditiva, llame a GA Relay al 1-800-255-0135. Nuestros servicios son gratuitos.

¿Puedo elegir a alguien para que solicite SNAP por mí?

Complete esta sección sólo si desea que alguien llene su solicitud por usted, como su representante autorizado.

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Apto.: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____

Díganos quién es y dónde vive. Es necesario que podamos comunicarnos con usted por teléfono.

<i>Primer nombre</i>	<i>Inicial</i>	<i>Apellido(s)</i>	<i>Sufijo</i>
<i>Dirección de domicilio</i>		<i>Apto.</i>	
<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>		<i>Código postal</i>
<i>Dirección postal (si es diferente)</i>			
<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>		<i>Código postal</i>
<i>Número de teléfono del domicilio</i>	<i>Otro número de contacto</i>	<i>Correo electrónico</i>	
For Office Use Only (Sólo para uso de la oficina)		Date Received By The County (Fecha en que fue recibido por el Condado)	

¿Califico para recibir beneficios de SNAP más rápido?

Responda a estas preguntas acerca del solicitante y todos los miembros del hogar, para ver si puede obtener los beneficios de SNAP en un plazo de 7 días.

¿Recibió dinero este mes algún miembro de su hogar? Sí No Si responde sí, ¿cuánto? _____
 ¿Cuándo? _____
 ¿Cuánto dinero tienen usted y todos los miembros del hogar, ya sea en efectivo o en el banco? \$ _____

¿Cuánto pagan usted y todos los miembros del hogar por renta o hipoteca y servicios públicos (electricidad, gas, agua, etc.)? \$ _____

Díganos acerca del solicitante y todos los miembros del hogar. Escriba su nombre (o el de la persona nombrada arriba) en la primera línea.

NOMBRE			Parentesco	Número de Seguro Social (SSN) (lea la declaración que se encuentra a continuación)	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Edad	*** Opcional		¿Es usted un ciudadano estadounidense, inmigrante calificado o tiene un estatus migratorio satisfactorio? (S/N)
Primer	Inicial	Apellido(s)						hispano Sí /No	Raza (Lea abajo)	
			YO MISMO							

***** Advertencia sobre sanciones:** Las personas que solicitan Cupones de Alimentos deben proporcionar un número de Seguro Social (SSN), o deben solicitar uno, de acuerdo a lo exigido por la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Verificaremos y usaremos su SSN para comparar su información con los datos contenidos en los registros federales y estatales, tales como el Seguro Social, la Administración de Veteranos (VA), el Departamento de Trabajo de GA, las descalificaciones del programa y el cobro de deudas por fraude, entre otros. Asimismo, corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales, para verificar sus ingresos y su elegibilidad. Utilizaremos contactos secundarios para verificar la información, si encontramos alguna discrepancia. Si usted proporcionó en su solicitud información sobre el estatus migratorio, la misma podría estar sujeta a verificación a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) y será necesario presentar cierta información de esta solicitud a USCIS.

***** Opcional:** Nosotros recopilamos información sobre raza, color de piel y origen nacional para garantizar el cumplimiento con las leyes federales de derecho civil. Al proporcionar esta información, usted nos ayudará a administrar nuestros programas de una manera no discriminatoria. Su hogar no está obligado a proporcionar esta información y esto no afectará su elegibilidad o nivel de beneficios. **Escoja uno o más códigos de raza:** **AI**- Indio Americano/Nativo de Alaska; **AS**-Asiático; **BL**-Negro o Afroamericano; **HP**-Hawaiano o nativo de otras islas del Pacífico; **WH**-Blanco.

¿Ha sido alguien condenado por un delito grave relacionado con drogas, cometido después del 8/22/96?

Sí No;

Si responde sí, nombre de la persona: _____

¿Está alguien en su hogar actualmente descalificado para recibir Cupones de Alimentos, debido a fraude?

Sí No;

Si responde sí, nombre de la persona: _____

Díganos acerca de los ingresos que recibe su hogar

¿Recibe alguien en su hogar dinero por seguro social, SSI, VA, jubilación o cualquier otro ingreso? Sí No

Si responde sí, complete el cuadro a continuación

Nombre	Fuente	Cantidad bruta mensual (antes de impuestos, deducciones y primas de Medicare)

Díganos acerca de sus gastos de vivienda y servicios públicos

	SÍ	NO	Si responde SÍ, indique la cantidad mensual/anual
¿Paga su hogar una hipoteca?			
¿Paga su hogar una renta?			
¿Paga su hogar un impuesto sobre la propiedad por la casa?			

Díganos acerca de sus gastos de vivienda y servicios públicos (continuación)

	SÍ	NO	Si responde SÍ, indique la cantidad mensual/anual
¿Paga su hogar un seguro de propiedad?			
¿Paga su hogar por costos de calefacción o aire acondicionado?			
Si su hogar no paga por costos de calefacción o aire acondicionado, ¿paga usted por otros servicios públicos?			Si responde SÍ, indique abajo los servicios públicos que usted paga y la cantidad que paga.

Díganos acerca de sus gastos de salud

¿Paga su hogar, de su bolsillo, gastos médicos superiores a \$35 al mes? Sí No

¿Paga usted una prima de Medicare? Sí No

Si responde sí, complete el cuadro a continuación. Necesitaremos pruebas de sus gastos médicos. Usted podría ser elegible para recibir más beneficios.

Persona que tiene la cuenta	Tipo de gasto (Doctor, hospital, prescripciones, primas de Medicare, transporte)	Cantidad adeudada

¿Paga usted o alguien en su hogar manutención infantil exigida por la ley, por alguien que viva fuera de su hogar? Sí No Si responde sí, ¿por quién y qué cantidad al mes? _____

Para obtener más información acerca de los Servicios de Alcance Comunitario de TANF, por favor llame al 1-877-423-4746 o visite nuestro sitio web en: <http://www.dfcs.dhr.georgia.gov>.

Sólo los ciudadanos estadounidenses e inmigrantes calificados son elegibles para recibir beneficios de SNAP. Los no-ciudadanos o inmigrantes no calificados podrían ser excluidos de su solicitud de asistencia. Dichas personas no serán denunciadas ante la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas. La elegibilidad de los no-ciudadanos incluidos en su solicitud, será determinada en base a las reglas de SNAP. Se tomará en cuenta los ingresos y recursos de todas las personas de su hogar, para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Certifico que cada persona incluida en mi hogar es un ciudadano estadounidense o un inmigrante con estatus migratorio legal y que la información proporcionada es cierta, a mi mejor saber y entender. Autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Georgia a hacer una revisión completa de mi caso y contactar a quien sea necesario para verificar mis declaraciones. Entiendo que puedo ser sancionado si doy información falsa, de manera intencional. Certifico que recibí de la agencia el folleto sobre los Derechos y Responsabilidades.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del testigo, si se firmó con una marca

Firma del representante autorizado

Fecha

Firma del testigo, si se firmó con una marca

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES DE SNAP

Si su hogar recibe beneficios de SNAP, debe seguir las reglas enumeradas a continuación. Cualquier miembro de su hogar que rompa estas reglas a propósito, puede ser excluido de SNAP por un año por la primera infracción, 2 años por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera infracción; multado por \$250,000, encarcelado hasta por 20 años o ambos y sujeto a procesamiento bajo otras leyes federales.

- **NO** dé información falsa u oculte información para obtener o seguir recibiendo beneficios de SNAP.
- **NO** intercambie ni venda las tarjetas EBT.
- **NO** altere las tarjetas EBT para obtener beneficios de SNAP que usted no tiene derecho a recibir.
- **NO** use los beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles como alcohol y tabaco o para pagar cuentas de crédito de alimentos.
- **NO** use para su hogar los beneficios de SNAP o tarjetas EBT de otra persona.

Las personas que a juicio del tribunal hayan cometido las siguientes infracciones del programa, estarán sujetos a las siguientes sanciones:

- Descalificados por 2 años por la 1ª infracción y de forma permanente por la 2ª infracción relacionada con la venta de drogas ilegales a cambio de beneficios de SNAP;
- Descalificado de manera permanente por la 1ª infracción relacionada con la venta de armas de fuego, municiones y explosivos a cambio de beneficios o el tráfico de beneficios de SNAP por un monto igual o superior a \$500.
- Las personas (jefe de familia, esposo(a) o persona responsable del hogar) que a juicio del tribunal o de la agencia estatal hayan hecho declaraciones o representaciones fraudulentas sobre su identidad o domicilio, con el fin de obtener múltiples beneficios en más de un área al mismo tiempo, serán descalificados por 10 años.

Conforme a las leyes federales y a la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color de piel, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Según la Ley de Alimentos y Nutrición y la política de USDA, se prohíbe también la discriminación por motivos de religión o creencias políticas.

Para presentar una queja por discriminación, contacte a USDA. Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795 3272 (voz) o (202) 720 6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.