



**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>	
<b>For Office Use Only (Sólo para uso de la oficina)</b>		<b>Date Received By The County (Fecha en que fue recibido por el Condado)</b>	

**¿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?			<b>Si responde SÍ, indique abajo los servicios públicos que usted paga y la cantidad que paga.</b>

## 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.