



Solicitud de Beneficios



Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Si usted tiene discapacidad auditiva, llame a GA Relay al 1-800-255-0135. Nuestros servicios son gratuitos.

¿Qué servicios ofrecemos en el Departamento de Servicios para Familias y Niños (DFCS)?

DFCS ofrece los siguientes servicios:



Asistencia alimentaria

Los Cupones de Alimentos son un beneficio que usted puede usar para comprar alimentos en cualquier tienda que tenga el símbolo de EBT/Quest. El precio de su compra de alimentos será sustraído de su cuenta de Cupones de Alimentos.



Asistencia financiera/Servicios de ayuda para encontrar empleo

La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) provee asistencia financiera, por un tiempo limitado, a las familias que tienen niños dependientes. Los padres o cuidadores que reciben este subsidio están obligados a participar en un programa de trabajo. El programa de Asistencia Financiera también provee asistencia financiera a los hogares de refugiados que no son elegibles para el programa TANF.



Asistencia médica

Medicaid, para quienes son elegibles, podría ayudarle a pagar las facturas médicas, las visitas al doctor y las primas de Medicare.

Servicios de alcance comunitario

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



¿Cómo solicito los beneficios?

1er Paso. Llene el formulario de solicitud.

Lea con cuidado las preguntas y dé información precisa. Firme y feche la solicitud.



2o Paso. Entregue la solicitud. Deberá arrancar las páginas 1 a la 3 y quedarse con ellas.

Envíe por correo, por fax o entregue en persona a su oficina local del Departamento de Servicios para Familias y Niños (DFCS) las páginas 4 a la 8 de esta solicitud. Si usted o la persona por quien está haciendo la solicitud son elegibles para los beneficios, los beneficios de Cupones de Alimentos o de TANF serán otorgados desde la fecha en que recibamos la solicitud con su nombre, dirección y firma.

Si usted solicita Cupones de Alimentos y/o Medicaid, puede introducir una solicitud de beneficios con tan sólo su nombre, dirección y firma; sin embargo, si completara totalmente el formulario, nos ayudaría a procesar su solicitud más rápido.

3er Paso. Hable con nosotros.

Podría ser necesario que completara una entrevista con un administrador de casos. De ser así, le daremos una cita. Esta entrevista se puede completar por teléfono.

Preguntas Frecuentes

¿Cuánto tiempo toma recibir los beneficios?

Cupones de Alimentos: hasta 30 días
TANF: hasta 45 días
Medicaid: entre 10 y 60 días

Usted podría recibir los Cupones de Alimentos en un plazo de 7 días, si califica. Vea la página 5.

¿Cuánto voy a recibir?

Sus ingresos, recursos y tamaño familiar determinarán la cantidad de los beneficios que vaya a recibir. Podremos darle información más específica una vez que determinemos su elegibilidad.

¿Cómo recibiré mis beneficios?

Para acceder a sus beneficios de Cupones de Alimentos y TANF, usted recibirá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). Para Medicaid, cada miembro que sea elegible recibirá una tarjeta de identificación de Medicaid.

¿Qué información deberé proporcionar?

Es una buena idea proporcionar lo siguiente:

- Prueba de identidad del solicitante, si está solicitando Cupones de Alimentos y/o TANF. Prueba de identidad de cada persona que desea recibir Medicaid, si está solicitando Medicaid. Ej.: Una tarjeta de identificación (ID) o licencia de conducir (DL)
- Prueba de ciudadanía estadounidense o estatus migratorio aceptable de cada persona que desea recibir beneficios.
- Número de Seguro Social de cada persona que desea recibir asistencia.
- Prueba de ingresos, *tales como*: talones de cheque, pagos de manutención infantil y cartas de concesión de beneficios.
- Prueba de gastos, *tales como*: recibos de cuidado de niños, facturas médicas, costos de transporte médico y pagos de manutención infantil.

Se le dará tiempo para que devuelva cualquier información a nuestra oficina. Por favor díganos si necesita ayuda para conseguir esta información.

¿Cómo usamos la información personal del solicitante?

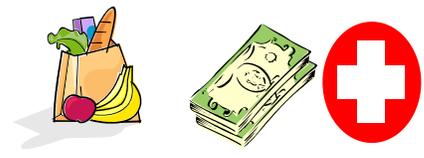
Usted sólo debe proporcionar números de Seguro Social (SSN) y ciudadanía o estatus migratorio de aquellas personas que desean recibir beneficios. Esta información será usada para consultar el sistema de verificación de ingresos y elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). Asimismo, corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales, para verificar sus ingresos y su elegibilidad. Si algún miembro del hogar no desea darnos información acerca de su SSN, ciudadanía o estatus migratorio, otros miembros de la familia aún podrían recibir beneficios.

¿Puede otra persona hacer la solicitud en mi nombre?

Sí, para los Cupones de Alimentos y para Medicaid usted puede pedir a alguien que haga la solicitud en su nombre. Para TANF, cualquier persona puede hacer la solicitud, pero el padre, la madre o el cuidador deben ser entrevistados.



Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Solicitud de Beneficios



“Conforme a las leyes federales y a la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, 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 de 2008** 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 o HHS.

Escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9411, o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY).

Escriba a: HHS Director, Office of Civil Rights, Room 509-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY).

USDA y HHS son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidades

También puede presentar una queja por discriminación ante el Programa de Derechos Civiles de DFCS en la siguiente dirección: DFCS Civil Rights Program, Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 o puede llamar al (404) 657-3735 o enviar un fax al (404) 463-3978.

Según la política del Departamento de Salud Comunitaria (DCH), el programa de Medicaid no puede negarle la elegibilidad o los beneficios por motivos de raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas. Para denunciar discriminación sobre elegibilidad para Medicaid o discriminación por parte de un proveedor, llame a la Oficina del Programa de Integridad del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al 404-463-7590 (número local) o 800-533-0686 (número gratuito).

¿Qué significan las palabras usadas en esta solicitud?

Este cuadro explica las palabras que hemos usado en esta solicitud.

Cuidador	Padre, madre, pariente o tutor legal que solicita y recibe TANF y tiene niños bajo su cuidado.
Pariente beneficiario	Padre, madre, pariente o tutor legal que solicita y recibe TANF a su nombre, de parte de los niños.
Descalificado	Paso que se toma para remover a un individuo de un caso de Cupones de Alimentos o TANF, por no decir la verdad y recibir beneficios que no debió haber recibido.
Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)	Sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a los individuos que son elegibles para recibir Cupones de Alimentos. A los individuos que reciben asistencia se les da una tarjeta de débito EBT, la cual se usa para acceder a sus cuentas de cupones de alimentos.
Tarjeta de débito EPPICard™ MasterCard	Nueva tarjeta de débito, emitida por Xerox, para individuos que reciben asistencia financiera en Georgia. La tarjeta de débito EPPICard™ MasterCard será aceptada para compras y retiro de dinero en efectivo en cualquier lugar donde se acepte MasterCard.
Miembros del hogar	Individuos que viven con usted en su casa. Para Cupones de Alimentos, los individuos que viven juntos y compran y preparan sus alimentos juntos.
Ingresos	Pagos, tales como: sueldos, salarios, comisiones, bonos, indemnización por accidente laboral, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otro tipo de dinero recibido.
Trabajadores agrícolas migrantes	Individuos que son trabajadores agrícolas por temporadas y se mudan de una residencia a otra para trabajar o para buscar trabajo agrícola.
Recursos	Dinero en efectivo, propiedades o activos tales como cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos y seguros de vida.
Trabajadores agrícolas de temporada	Individuos que trabajan durante cierto tiempo del año sembrando, cosechando o empaquetando productos agrícolas. Son contratados de manera temporal cuando un trabajo requiere de más trabajadores de los que la granja emplea de manera regular.



Solicitud de Beneficios



¿Qué significan las palabras usadas en esta solicitud? (a continuación)

Este cuadro explica las palabras que hemos usado en esta solicitud.

<p>Tráfico en el programa de Cupones de Alimentos o SNAP</p>	<p><i>Traficar beneficios de SNAP</i> significa:</p> <p>(1) Comprar, vender, robar o de alguna manera intercambiar beneficios de SNAP emitidos y accedidos a través de tarjetas EBT, números de tarjetas y números de PIN o a través de cupones manuales y firma, a cambio de DINERO EN EFECTIVO o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles, ya sea de manera directa, indirecta, en complicidad o colusión con otros o actuando solo;</p> <p>(2) Intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas;</p> <p>(3) Comprar con los beneficios de SNAP un producto en un envase que requiere depósito de retorno, con el fin de obtener dinero en efectivo al desechar el producto y retornar el envase por el depósito; desechar el producto de manera intencional y retornar el envase de manera intencional para obtener el dinero del depósito;</p> <p>(4) Comprar un producto con los beneficios de SNAP con la intención de obtener, por medio de la reventa, dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles y luego revender intencionalmente el producto comprado con los beneficios de SNAP, para obtener dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles;</p> <p>(5) Comprar intencionalmente productos originalmente adquiridos a través de los beneficios de SNAP, a cambio de dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles.</p>
<p>Extranjero o inmigrante calificado</p>	<p>Un <i>extranjero o inmigrante calificado</i> es una persona que reside legalmente en los Estados Unidos y califica para alguna de las siguientes categorías: una persona que es legalmente admitida como residente permanente (LPR, por sus siglas en inglés) según la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés); los inmigrantes <i>amerasiáticos</i> según la sección 584 de la Ley de Asignación de Operaciones Extranjeras, Financiamiento de Exportación y Programas Relacionados de 1988; una persona a quien se otorga asilo según la sección 208 de la INA; los <i>refugiados</i>, admitidos según la sección 207 de la INA; una persona admitida en los Estados Unidos bajo libertad condicional por un período mínimo de un año, según la sección 212(d)(5) de la INA; una persona cuya <i>deportación</i> ha sido suspendida según la sección 243(h) de la INA, en vigor antes del 1 de abril de 1997 o la sección 241(b)(3) de la INA, enmendada; una persona a quien se otorga <i>entrada condicional</i> según la sección 203(a)(7) de la INA, en vigor antes del 1 de abril de 1980; los inmigrantes <i>cubanos o haitianos</i> tal como lo define la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980; las <i>víctimas de tráfico humano</i> según la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección a las Víctimas del Tráfico Ilegal de 2000; los <i>inmigrantes maltratados</i> que reúnen las condiciones establecidas en la sección 431(c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad de Trabajo de 1996, enmendada; los inmigrantes <i>afganos o iraquíes</i> a quienes se ha otorgado un estatus especial de inmigrante según la sección 101(a)(27) de la INA (sujeto a las condiciones especificadas); los <i>indios americanos</i> nacidos en Canadá que viven en los Estados Unidos, según la sección 289 de la INA o los no ciudadanos pertenecientes a una tribu indígena reconocida por el gobierno federal según la sección 4(e) de la Ley de Asistencia para la Autodeterminación y Educación del Indígena y los <i>miembros de la tribu laosiana de Hmong o Tierras Altas</i> que prestaron asistencia al personal estadounidense al tomar parte en operaciones militares o de rescate durante la Era de Vietnam (8/05/1964 – 5/07/1975).</p>
<p>Solicitante</p>	<p>Un individuo que decide solicitar o recibir beneficios o asistencia pública.</p>
<p>No solicitante</p>	<p>Un individuo que decide NO solicitar o recibir beneficios o asistencia pública. Los no solicitantes no están obligados a proporcionar un número de Seguro Social (SSN), ciudadanía o estatus migratorio.</p>
<p>Unidad de asistencia</p>	<p>Una unidad de asistencia incluye individuos que son <i>elegibles</i>, que viven juntos y que reciben asistencia o beneficios públicos juntos.</p>



Solicitud de Beneficios



¿Qué estoy solicitando? Marque lo que corresponda:

Cupones de Alimentos

El programa de Cupones de Alimentos ayuda a satisfacer las necesidades alimentarias y nutricionales de los hogares que son elegibles.

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

El programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) ofrece pagos mensuales temporales de dinero en efectivo, pagos individuales de dinero en efectivo u otros servicios de apoyo, para fortalecer a las familias elegibles que tienen niños. Si usted es el padre o la madre del menor, o el cuidador quien quisiera estar incluido en el subsidio, le exigiremos que participe en un programa de trabajo.

Asistencia Financiera para Refugiados

El programa de Asistencia Financiera para Refugiados ofrece asistencia financiera a los hogares de refugiados que no son elegibles para el programa de TANF. El término refugiado incluye a los refugiados, los recién llegados cubanos/haitianos, las víctimas de tráfico humano, los amerasiáticos y los menores refugiados sin acompañantes.

Medicaid

Medicaid ofrece cobertura médica a las personas de la tercera edad, los adultos ciegos o discapacitados, las mujeres embarazadas, los niños y las familias. Cuando usted haga su solicitud, buscaremos entre todos los programas de Medicaid y decidiremos para cuáles podría ser elegible.

Información acerca del solicitante

¿Necesita el solicitante o la persona que hace la solicitud en nombre del solicitante, asistencia para comunicarse con nosotros? De ser así, marque la que corresponda.

() Teletipo o TTY, por sus siglas en inglés () Braille () Letra grande () Correo electrónico () Transmisión de video () Intérprete del lenguaje de señas _____

() Intérprete de una lengua extranjera (especifique el idioma) _____ () Otro _____

Por favor llene el siguiente cuadro acerca del solicitante.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección de domicilio		Apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de la casa	Otro número de contacto	Dirección de correo electrónico (opcional)	
Firma	Fecha		
Firma del testigo, si el solicitante firmó con una 'X'	Fecha		
For Office Use Only (SÓLO PARA USO OFICIAL)		Date Received By the County (Fecha en la que fue recibido por el condado)	



¿Califico para recibir los Cupones de Alimentos más rápido?

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

1. ¿Es usted o algún miembro de su hogar un inmigrante o un trabajador agrícola de temporada? Sí No

2. Cantidad total de **ingresos brutos derivados del trabajo** que recibirá este mes: \$ _____
 Nombre del empleador _____
 Fecha de inicio del empleo _____ Fecha de finalización del empleo _____
 Sueldo _____ Horas trabajadas por semana _____ semanal/bisemanal/quincenal/mensual (marque con un círculo)

3. Cantidad total de **ingresos brutos no derivados del trabajo** que recibirá este mes: \$ _____
 Tipo de ingreso no derivado del trabajo _____ Cantidad _____ semanal/bisemanal/quincenal/mensual
 (marque con un círculo)
 Tipo de ingreso no derivado del trabajo _____ Cantidad _____ semanal/bisemanal/quincenal/mensual
 (marque con un círculo)

4. Cantidad total de ingresos derivados del trabajo y no derivados del trabajo que recibirá este mes: \$ _____

5. ¿Cuánto dinero, en efectivo o en el banco, tienen usted y todos los otros miembros del hogar? \$ _____

6. ¿Cuánto pagan usted y todos los otros miembros del hogar por renta o hipoteca? \$ _____

7. ¿Cuánto pagan usted y todos los otros miembros del hogar por electricidad, agua, gas, etc.? \$ _____

¿Puedo escoger a alguien para que solicite los Cupones de Alimentos o Medicaid en mi nombre?

Complete esta sección sólo si desea que alguien llene su solicitud, que alguien complete su entrevista y/o que alguien use su tarjeta EBT para comprar alimentos cuando usted no pueda ir a la tienda. Si usted está solicitando Medicaid, puede elegir a más de una persona para que solicite asistencia médica en su nombre.

Nombre: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Apartamento: _____
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Apartamento: _____
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____

Para Medicaid, ¿usted quiere que este individuo tenga una copia de su tarjeta de Medicaid? Sí No



Información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar

Por favor llene el siguiente cuadro acerca del **solicitante y todos los miembros del hogar**. Las siguientes leyes y reglamentos federales: la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, y 42 C.F.R. § 435.920, autorizan a DFCS a solicitar los números de Seguro Social de usted y de los miembros de su hogar. Si alguien en su hogar no desea darnos información acerca de su ciudadanía, estatus migratorio o números de Seguro Social, entonces esa persona puede ser designada como no solicitante. Esto significa que esa persona no será considerada como solicitante y no será elegible para recibir beneficios. Sin embargo, otros miembros del hogar aún podrían recibir beneficios, si fueran elegibles. No obstante, si desea que determinemos si algún miembro del hogar es elegible o no, será necesario que nos dé información acerca de la ciudadanía o estatus migratorio y el número de Seguro Social de ese miembro. Además, todavía será necesario que nos informe acerca de sus ingresos y recursos para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su hogar. Nadie será denunciado ante el sistema del Programa de Verificación Sistemática de Derechos del Extranjero (SAVE) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) por no dar su ciudadanía o estatus migratorio. Sin embargo, si su solicitud contiene información sobre su estatus migratorio, esta información podría estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y podría afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su hogar.

NOMBRE			Parentesco con usted	¿Está esta persona solicitando beneficios? (S/N)	Fecha de nacimiento Formato (- / - / - -)	Número de Seguro Social (Sólo los solicitantes)	Sexo (M/F)	¿Hispano/Latino? (Opcional) (S/N)	Código de Raza (Opcional) (Vea los códigos abajo)	¿Es usted un ciudadano estadounidense, un extranjero/ inmigrante calificado o un inmigrante laosiano de Hmong/Tierras Altas? (Sólo los solicitantes) (S/N)
Primer nombre	Inicial sdo. nom.	Apellido								
			USTED MISMO							

Códigos de raza (escoja todos los que correspondan):
AI – Indio Americano/Nativo de Alaska **AS** – Asiático **BL** – Negro/Afroamericano
HP – Nativo de Hawái/Islands del Pacífico **WH** – Blanco

Al proveer información acerca de su raza o etnia, 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 ni el nivel de beneficios.

Más información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar

Necesitamos más información acerca del **solicitante y todos los miembros del hogar** para poder decidir quiénes son elegibles para los beneficios. Por favor responda en la página siguiente sólo a las preguntas acerca de los beneficios que usted desea recibir.



1. ¿Ha recibido alguien algún beneficio en otro condado o estado? Sí No

Si responde sí:

¿Quién?: _____

¿Dónde?: _____

¿Cuándo?: _____

2. ¿Ha sido alguien condenado por dar información falsa sobre su domicilio y su identidad, con el fin de obtener múltiples beneficios de Cupones de Alimentos en más de un área, después del 8/22/96? Sí No

Si responde sí:

¿Quién?: _____

¿Dónde?: _____

¿Cuándo?: _____

3. ¿Ha renunciado alguien en su hogar voluntariamente a un trabajo o reducido voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales dentro de 30 días de la fecha de la solicitud? Sí No
 Si responde sí, ¿Quién renunció al trabajo? _____
 ¿Por qué renunció? _____

4. ¿Está alguien embarazada? *Por favor proporcione comprobante de embarazo, si lo tiene. Sí No
 (Esta pregunta no es requerida para quienes solicitan sólo Cupones de Alimentos)
 ¿Quién?: _____
 Fecha estimada del parto: _____

5. Para Medicaid, ¿tiene alguien alguna factura médica por servicios recibidos en los últimos 3 meses, que no haya sido pagada? Sí No
 (Esta pregunta no es requerida para quienes solicitan sólo Cupones de Alimentos o TANF)

6. ¿Ha sido alguien descalificado del Programa de Cupones de Alimentos o TANF? Sí No
 Si responde sí:
 a. ¿Quién?: _____
 b. ¿Dónde?: _____
 c. _____

7. ¿Está alguien tratando de evitar un procesamiento o la cárcel por un delito grave? Sí No
 (Sólo para Cupones de Alimentos y TANF)

Si responde sí, ¿quién? _____



8. ¿Está alguien violando las condiciones de su libertad a prueba o libertad condicional? Sí No
 (Sólo para Cupones de Alimentos y TANF)

Si responde sí, ¿quién? _____

9. ¿Tiene alguien alguna condena por un delito grave de comportamiento relacionado con Sí No
 posesión, uso o distribución de una sustancia controlada, después del 8/22/96 (Sólo para
 Cupones de Alimentos y TANF) o un delito grave relacionado con violencia (Sólo para TANF)?

Si responde sí:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

10. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios Sí No
 de Cupones de Alimentos a cambio de drogas, después del 8/22/96?

Si responde sí:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

11. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comprar o vender beneficios Sí No
 de Cupones de Alimentos por una cantidad superior de \$500, después del 8/22/96?

Si responde sí:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

12. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios Sí No
 de Cupones de Alimentos a cambio de armas, municiones o explosivos, después del 8/22/96?

Si responde sí:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

13. ¿Ha usado alguien los fondos de TANF o la tarjeta EPPIC en los siguientes establecimientos: tiendas de
 licores, casinos, salas de jugar póker, negocios de entretenimiento para adultos, libertad bajo fianza,
 clubes, salones, discotecas y bares nocturnos, salas de bingo, pistas de carreras, tiendas de armas y
 municiones, cruceros, lectores psíquicos, tiendas de tabaco, tiendas de tatuajes/perforación corporal y
 salones de masajes/spa?

Si responde sí:

¿Quién?: _____

Sí No

¿Cuándo?: _____



Sanciones del Programa de Cupones de Alimentos

Cualquier miembro del hogar que rompa intencionalmente alguna de las reglas de los cupones de alimentos, podría ser excluido del Programa de Cupones de Alimentos por un período de un año o hasta permanentemente; podría ser multado por una cantidad de hasta \$250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años, o ambos. Asimismo, podría ser procesado bajo otras leyes federales y estatales correspondientes y podría ser excluido del programa de Cupones de Alimentos por 18 meses adicionales, si lo ordenara el tribunal.

Cualquier miembro del hogar que rompa intencionalmente las reglas, podría dejar de recibir Cupones de Alimentos por un período de un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera infracción.

Si un tribunal de justicia considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de usar o recibir beneficios de cupones de alimentos en una transacción que involucre la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro familiar no serán elegibles para los beneficios por un período de dos años por la primera infracción y de forma permanente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucre la venta de armas, municiones o explosivos, usted o ese miembro familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos, al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si un tribunal de justicia lo considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de haber traficado beneficios por un monto igual o superior a \$500, usted o ese miembro familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos, al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si se descubre que usted o algún miembro de su hogar ha hecho declaraciones o representaciones fraudulentas acerca de su identidad (quiénes son) o su domicilio (dónde viven), con el fin de obtener múltiples beneficios de Cupones de Alimentos, usted o ese miembro familiar serán inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un período de 10 años.

Para todos los solicitantes de Medicaid, Cupones de Alimentos y TANF:

He leído y completado en este formulario todo lo que se relaciona con el solicitante y su hogar. Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información que he proporcionado es cierta y completa, según mi conocimiento. Entiendo que puedo ser castigado(a) por la ley si no digo toda la verdad.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

Nombre y firma del administrador del caso
(Case Manager's Name and Signature)

Fecha
(Date)