



Solicitud para el Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP) Senior de Georgia



Esta solicitud se usa para las personas que solicitan el Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP) (*anteriormente el Programa de Cupones de Alimento*). El programa SNAP Senior de Georgia es un proyecto de solicitud simplificada para personas mayores diseñado para facilitar que estas personas reciban beneficios de cupones de alimento.

Para ser elegible para el programa SNAP Senior, todos los miembros del hogar deben:

- tener 60 años o más;
- comprar y preparar sus comidas juntos; y
- no tener ingresos por trabajo.

Puede presentar esta solicitud completando su nombre y dirección, y firmando este formulario. Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llámenos al 1-877-423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si es una persona sorda, sordociega, tiene problemas de audición o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior marcando 711 (retransmisión de Georgia). Si vive en una institución y solicita cupones de alimento (SNAP) y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud será la fecha en que se le da de alta de la institución.

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

Complete esta sección solo si desea que alguien complete la solicitud por usted como su representante autorizado.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Dpto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Cuéntenos quién es y dónde vive. Debemos poder comunicarnos con usted por teléfono.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Título
Calle de la dirección donde vive			Dpto.:
Ciudad	Estado		Código postal
Dirección postal (si es diferente)			
Ciudad	Estado		Código postal
Número de teléfono del hogar	Otro número de contacto	Dirección de correo electrónico	
Solo para uso de la oficina		Fecha de recepción en el condado	



Solicitud para el Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP) Senior de Georgia



¿Califico para recibir los beneficios de SNAP más rápido?

Responda estas preguntas sobre el solicitante y todos los miembros del hogar para saber si puede obtener los beneficios de SNAP dentro de los siete días.

¿Alguien en su hogar recibió dinero este mes? Sí No Si responde sí, ¿cuánto? _____ ¿Cuándo? _____

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

¿Cuánto pagan usted y todos los miembros del hogar por el alquiler o la hipoteca y todos los servicios públicos (electricidad, gas, agua, etcétera)?

\$ _____

Cuéntenos sobre el solicitante y todos los miembros del hogar. Inclúyase a usted (o la persona que se muestra arriba en la primera línea).

NOMBRE			Relación con usted	Número de seguro social (SSN) (Lea la declaración a continuación)	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Edad	***Opcional		¿Tiene usted ciudadanía estadounidense, es extranjero calificado o tiene un estatus migratorio satisfactorio? (S/N)
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido						Hispano Sí/No	Raza (Lea abajo)	
			YO							

***** Advertencia de penalización:** Las personas que soliciten cupones de alimento deben proporcionar o solicitar un SSN conforme a la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Verificaremos y usaremos su SSN para comprobar datos federales y estatales, incluidos, entre otros, el Seguro Social, la Administración de Veteranos (VA), el Departamento de Trabajo de GA, descalificaciones de programas y para el cobro de deudas fraudulentas. También compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Los contactos colaterales se utilizarán para verificar la información cuando se encuentren discrepancias. Si ha enviado información sobre el estado migratorio en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) y requerirá la presentación de cierta información de esta solicitud al USCIS.

***** Opcional:** Recopilamos datos sobre raza, color y nacionalidad para garantizar que cumplimos con las leyes federales de derechos civiles. Al proporcionar esta información, nos ayudará a administrar nuestros programas de manera que no sea discriminatoria. No se requiere que su hogar nos brinde esta información, y esto no afectará su elegibilidad o nivel de beneficios. **Elija un código de raza o más:** **AL:** indio nativo de Norte América/Alaska; **AS:** asiático; **BL:** negro o afroamericano; **HP:** nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico; **WH:** blanco.

Cuéntenos más sobre el solicitante y todos los miembros del hogar

1) ¿Alguien ha sido condenado por un delito mayor relacionado con drogas que se cometió después del 8/22/96? Sí No

En caso afirmativo, nombre de la persona: _____

a) ¿Está usted cumpliendo con algún término de libertad vigilada relacionado con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave relacionado con drogas? (Solo para cupones de alimento) Sí No

b) ¿Está usted cumpliendo con los términos de la libertad vigilada relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave relacionado con drogas? (Solo para cupones de alimento) Sí No

c) ¿Ha completado con éxito todos los términos de libertad condicional o vigilada relacionados con cualquier condena relacionada con drogas? (Solo para cupones de alimento) Sí No



Solicitud para el Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP) Senior de Georgia



- 2) ¿Alguien en su hogar está cumpliendo actualmente una descalificación de cupones de alimento debido a fraude? Sí No
En caso afirmativo, nombre de la persona: _____
- 3) ¿Se ha condenado a alguien por dar información falsa sobre dónde vive y quién es para obtener múltiples beneficios de cupones de alimento en más de un área después del 8/22/96? Sí No
En caso afirmativo, nombre de la persona: _____ ¿Cuándo?: _____ ¿Dónde?: _____
- 4) ¿Alguien está tratando de evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? Sí No
Si es así, quién: _____
- 5) ¿Alguien está infringiendo las condiciones de libertad vigilada o condicional? Sí No
Si es así, quién: _____
- 6) ¿Ha sido usted o un miembro del hogar condenado por intercambiar beneficios de cupones de alimento por drogas después del 8/22/96? Sí No
- 7) ¿Ha sido usted o un miembro del hogar condenado por comprar o vender beneficios de cupones de alimento por más de \$500 después del 8/22/96? Sí No
- 8) ¿Ha sido usted o un miembro del hogar condenado por intercambiar beneficios de cupones de alimento por armas, municiones o explosivos después del 8/22/96? Sí No
- 9) ¿Ha recibido usted o algún miembro del hogar premios de lotería o juegos de azar? Sí No
En caso afirmativo:
¿Quién?: _____
¿Cuándo?: _____
Monto recibido: _____

Cuéntenos sobre los ingresos que recibe su hogar

¿Alguien en su hogar recibe dinero del seguro social, SSI, VA, jubilación o cualquier otro ingreso? Sí No

En caso afirmativo, complete el cuadro a continuación.

Nombre	Fuente	Monto mensual bruto (antes de impuestos, deducciones y prima de Medicare)

Cuéntenos sobre sus gastos de vivienda y servicios públicos.

	SÍ	NO	En caso afirmativo, indique el monto
¿Su hogar paga hipoteca?			
¿Su hogar paga alquiler?			
¿Su hogar paga impuestos sobre la propiedad de la casa?			
¿Su hogar paga el seguro de propietario?			En caso afirmativo, indique el monto mensual/anual.
¿Su hogar paga los costos de calefacción o refrigeración?			



División de Servicios
para la Familia y los Niños

Solicitud para el Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP) Senior de Georgia



Si su hogar no paga los costos de calefacción o refrigeración, ¿paga otros servicios públicos?			En caso afirmativo, enumere los costos por servicios públicos y la cantidad que paga a continuación.

Cuéntenos sobre sus gastos médicos

¿Su hogar paga gastos médicos de bolsillo superiores a \$35 por mes? Sí No

¿Paga una prima de Medicare? Sí No

En caso afirmativo, complete el cuadro a continuación. Necesitaremos pruebas de sus gastos médicos. Podría ser elegible para recibir más beneficios.

Persona que genera la factura	Tipo de gasto (médico, hospital, recetas, prima de Medicare, transporte)	Cantidad adeudada

¿Paga usted o alguien de su hogar manutención infantil legalmente obligada a alguien que vive fuera del hogar?

Sí No En caso afirmativo, ¿quién y cuánto por mes? _____

Para obtener más información sobre los Servicios de Asistencia Comunitaria de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), llame al 1-877-423-4746 o visite nuestro sitio web en <http://www.dfcs.dhr.georgia.gov>.

Solo los ciudadanos estadounidenses y los extranjeros cualificados son elegibles para los beneficios de SNAP. Cualquier persona que no sea ciudadana ni extranjera cualificada puede quedar fuera de su solicitud de asistencia. Estas personas no serán informadas a la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas. Se determinará la elegibilidad de las personas que no son ciudadanas incluidas en su solicitud según las reglas de SNAP. Los ingresos y los recursos de todas las personas de su hogar se considerarán para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas para quienes solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o están presentes legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que la División de Servicios para la Familia y los Niños del Departamento de Servicios Humanos (DHS-DFCS), el Departamento de Salud Comunitaria (DCH) y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. La información se puede obtener de empleadores pasados o presentes. Entiendo que mi información se utilizará para realizar un seguimiento de la información salarial y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa SNAP (cupones de alimento). También informaré si alguien en el hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar por un monto bruto de \$3500 o más (antes de la retención de impuestos y otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los diez días posteriores al final del mes en el que mi hogar recibe las ganancias. Entiendo que si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a un proceso penal o ser descalificado de los programas de la DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta a sabiendas. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no informo la DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación, o si no los verifico, la DHS-DFCS no presupuestará ese gasto cuando calcule la cantidad de mis beneficios de cupones de alimento.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo si se firma con una marca

Firma del representante autorizado

Fecha

Firma del testigo si se firma con una marca



ADVERTENCIAS DE PENALIZACIÓN DE SNAP

Puede perder sus beneficios o estar sujeto a un proceso penal por proporcionar información falsa a sabiendas.

- No brinde información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.
- No use cupones de alimento ni tarjetas EBT que no sean suyas y no permita que otra persona use las suyas.
- No utilice los beneficios de alimentos para comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos, ni para pagar tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda cupones de alimento ni tarjetas EBT por artículos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier miembro del hogar que infrinja cualquiera de las reglas SNAP Senior (Programa de Cupones de Alimento) a propósito puede ser excluido del Programa de Cupones de Alimento por un plazo desde año hasta permanentemente, recibir una multa de \$250,000, ir a la cárcel por hasta 20 años o ambos. También puede estar sujeto a enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables. También se lo puede excluir del Programa de Cupones de Alimento durante 18 meses adicionales si el tribunal lo ordena.

Cualquier miembro del hogar que infrinja intencionalmente las reglas puede no recibir cupones de alimento durante un año por el primer delito, dos años por el segundo delito y de forma permanente por el tercer delito.

Si un tribunal de justicia determina que usted o cualquier miembro del hogar es culpable de usar o recibir beneficios de cupones de alimento en una transacción que implique la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro del hogar no será elegible para recibir beneficios durante dos años por el primer delito y permanentemente por el segundo delito.

Si un tribunal de justicia determina que usted o cualquier miembro del hogar es culpable de haber utilizado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, usted o ese miembro del hogar perderá la elegibilidad permanentemente para participar en el Programa de Cupones de Alimento con el primer delito de esta infracción.

Si un tribunal de justicia declara que usted o cualquier miembro del hogar es culpable de haber traficado con beneficios por un monto total de \$500 o más, usted o ese miembro del hogar perderá la elegibilidad permanentemente para participar en el Programa de Cupones de Alimento tras el primer delito de esta infracción.

Si se determina que usted o cualquier miembro del hogar ha brindado una declaración o representación fraudulenta con respecto a la identidad (quiénes son) o el lugar de residencia (donde viven) para recibir múltiples beneficios de cupones de alimento, usted o ese miembro del hogar no serán elegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimento por un período de 10 años.



(Conserve este documento para su información)

Notificación de la ADA/Derechos de la Sección 504

Ayuda para personas con discapacidad

La ley federal* requiere que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia ("los Departamentos") brinden a las personas con discapacidad la misma oportunidad de participar y reunir los requisitos para los programas, los servicios o las actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para proporcionar acceso equitativo. Para garantizar una comunicación igualmente efectiva, proporcionamos asistencia de comunicación a las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad, como intérpretes de lengua de señas.

Nuestra ayuda es gratis. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que resulte en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, un programa o una actividad o en cargas financieras y administrativas indebidas.

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación

Comuníquese con su asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación efectiva, como un intérprete de lengua de señas. Puede comunicarse con su asistente social o llamar a la DFCS al 404-657-3433 o al DCH al 678-248-7449 para presentar su solicitud. También puede presentar su solicitud utilizando el formulario de la DFCS de solicitud de modificación razonable en virtud de la ADA (Ley para Estadounidenses con Discapacidades), que está disponible en la oficina local de la DFCS o en línea en <https://dhs.georgia.gov/forms-notice>. Además, puede obtener el formulario del DCH de solicitud de modificación razonable en virtud de la ADA en la oficina del equipo Katie Becket del DCH o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario usar un formulario.

Cómo presentar una queja

Tiene derecho a presentar una queja si los Departamentos lo han discriminado por su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar una queja por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas que se hayan negado o que no se hayan resuelto en un plazo razonable. Puede presentar una queja verbalmente o por escrito comunicándose con su asistente social, la oficina local de la DFCS o el coordinador de derechos civiles y de la ADA/Sección 504 de la DFCS en 2 Peachtree Street N.W., Ste 19-454, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735. Para el DCH, comuníquese con el coordinador del equipo KB y la ADA/Sección 504 en 5815 Live Oak Pkwy Suite 2-F, Norcross, GA, 30093, 678-248-7449.

Puede pedir a su asistente social una copia del formulario de queja de derechos civiles de la DFCS. El formulario de queja también está disponible en <https://dhs.georgia.gov/documents/dfcs-discrimination-complaint-form-0>. Si necesita ayuda para presentar una queja por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con problemas de audición, o que tengan discapacidades del habla, pueden llamar al 711 para que un operador se conecte con nosotros.

También puede presentar una queja por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) se encuentra dentro de la "Declaración conjunta de no discriminación del USDA-HHS" incluida.

**La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Ley de Enmiendas de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidad no sufran discriminación ilegal.*

En el caso del **Departamento de Servicios Humanos (DHS)**, también puede presentar otras quejas de discriminación comunicándose con su oficina local de la DFCS o con el Coordinador de Derechos Civiles, ADA/Sección 504 de la DFCS en 2 Peachtree Street NW, Ste 19-454, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735.



Para presentar quejas que aleguen discriminación basada en el dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa de Competencia Limitada en Inglés y Discapacidad Sensorial del DHS en Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 o llame al 404-657-5244 (voz), 404-463-7591 (TTY), 404-651-6815 (fax).

Según la política del **Departamento de Salud Comunitaria (DCH)**, los programas de Asistencia Médica no pueden negar elegibilidad o beneficios con base en su raza, edad, sexo, discapacidad, nacionalidad o creencias políticas o religiosas. Para informar discriminación en la elegibilidad o de los proveedores de Medicaid, llame a la Oficina de Integridad del Programa del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al **(local) 404-463-7590 o (gratis) al 800-533-0686**. También puede denunciar sospechas de fraude a Medicaid llamando (sin cargo) al 1-800-533-0686.

Declaración conjunta de no discriminación del USDA-HHS

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta 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
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.