



Solicitud al Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para Personas Mayores de Georgia



Esta solicitud se usa para personas que desean inscribirse en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (antes Programa de Cupones de Alimentos) El programa SNAP para personas mayores de Georgia es un proyecto con un procedimiento simplificado de solicitud, para que sea más fácil para las personas mayores recibir los beneficios de cupones de alimentos.

Para calificar para el Programa SNAP para personas mayores, todos los miembros del hogar deben:

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

Usted puede presentar esta solicitud al completar su nombre y dirección, y al firmar el formulario. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Si es sordo(a) o tiene dificultades para oír, llame a GA Relay al 711. Nuestros servicios son gratuitos. También puede enviar su solicitud por correo a: Georgia Senior SNAP, P.O. Box 537, Avondale Estates, GA 30002. Si usted está en una institución y está solicitando Cupones de Alimentos e Ingresos de Seguro Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) al mismo tiempo, el día de envío de su solicitud es la fecha en que le hayan dado de alta de la institución.

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

Complete esta sección sólo si usted quiere que otra persona llene su solicitud por usted y actúe como su representante autorizado.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

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

<i>Primer nombre</i>	<i>Inicial del segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>Título</i>
<i>Dirección física donde usted vive</i>			<i>Apt.</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 de la casa</i>	<i>Otro número de contacto</i>	<i>Dirección de correo electrónico</i>	
For Office Use Only (Solo para uso oficial)		Date Received By The County	



Solicitud al Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para Personas Mayores de Georgia



¿Reúno los requisitos para recibir beneficios de SNAP más rápido?

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

¿Alguna de las personas en su hogar recibió dinero este mes? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuánto? _____

¿Cuándo? _____

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

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

\$ _____

Información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar Inclúyase usted (o la persona mencionada arriba en la primera línea).

NOMBRE			Parentesco con usted	Número de Seguro Social (SSN) (Ver la declaración abajo)	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Edad	*** Opcional		¿Es usted ciudadano de los EE. UU., residente calificado, o tiene estatus migratorio satisfactorio? (S/N)
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido						Hispano Sí /No	Raza (vea abajo)	
			USTED MISMO							

***** Advertencia de penalizaciones:** Las personas que están solicitando Cupones de Alimentos deben proporcionar o solicitar un número de Seguro Social como lo exige la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008. Vamos a verificar y utilizar su número de Seguro Social para compararlo con los datos contenidos en las bases de datos federales y estatales, incluidas, entre otras, las de la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos (VA), el Departamento de Trabajo de Georgia y los datos de descalificaciones del programa, y para el cobro de deudas por fraude. Asimismo, corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos e idoneidad. Se utilizarán contactos colaterales para verificar la información cuando se encuentren discrepancias. Si se ha presentado información de estado migratorio en su solicitud, dicha información puede estar sujeta a verificación a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) y requerirá la presentación de cierta información de esta solicitud a USCIS.

***** Opcional:** Recopilamos datos acerca de raza, color de piel y origen nacional para así garantizar el cumplimiento con las leyes federales de derechos civiles. Al proporcionar esta información nos ayudará a administrar nuestros programas de una manera no discriminatoria. Su hogar no está obligado a proporcionar esta información y eso no afectará su idoneidad ni el nivel de beneficios. **Elija uno o más códigos de raza:** **AL**-nativo de América o Alaska; **AS**- asiático; **BL**-negro o afroamericano; **HP**-hawaiano o de otra isla del Pacífico; **WH**-blanco.

Cuéntenos más acerca del solicitante y todos los miembros del hogar

1) ¿Alguna de las personas del hogar ha sido declarada culpable de un delito grave relacionado con drogas, que se haya cometido después del 8/22/96? Sí No

Si la respuesta es sí, el nombre de la persona: _____

a) ¿Cumple usted con los términos de la libertad condicional relacionada con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito de drogas? (Solo para Cupones de Alimentos) Sí No

b) ¿Cumple usted con los términos de la libertad bajo palabra relacionada con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito de drogas? (Solo para Cupones de Alimentos) Sí No

c) ¿Ha completado satisfactoriamente todos los términos de la libertad condicional o libertad bajo palabra relacionada con una condena por drogas? (Solo para Cupones de Alimentos) Sí No



Solicitud al Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para Personas Mayores de Georgia



- 2) ¿Alguna de las personas del hogar está actualmente descalificada para recibir cupones de alimentos debido a fraude?
Sí No Si la respuesta es sí, el nombre de la persona: _____
- 3) ¿Alguna persona ha sido condenada 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 8/22/1996? Sí No
Si la respuesta es sí, el nombre de la persona: _____ ¿Cuándo?: _____
¿Dónde?: _____
- 4) ¿Alguna de las personas del hogar está tratando de evitar un enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave?
Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
- 5) ¿Alguna de las personas del hogar está en violación de las condiciones de su libertad condicional o libertad bajo palabra? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____
- 6) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar declarado culpable de intercambiar los beneficios de Cupones de Alimentos por drogas después del 8/22/96? Sí No
- 7) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar declarado culpable por comprar o vender beneficios de Cupones de Alimentos por una cantidad superior a \$500 después del 8/22/96? Sí No
- 8) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar declarado culpable por comerciar con los beneficios de Cupones de Alimentos a cambio de armas, municiones o explosivos después del 8/22/96? Sí No

Cuéntenos de los ingresos que recibe su familia

¿Alguien en su hogar recibe dinero del Seguro Social, SSI, VA, jubilación u otro tipo de ingresos? Sí No

Si la respuesta es sí, complete la tabla a continuación.

Nombre	Fuente	Importe mensual bruto (antes de impuestos, deducciones y primas de Medicare)

Cuéntenos de sus gastos de vivienda y servicios públicos

	SÍ	NO	Si la respuesta es SÍ, indique la cantidad mensual o anual
¿Su familia paga hipoteca?			
¿Su familia paga renta?			
¿Su familia paga impuestos sobre la propiedad de la casa?			
¿Su familia paga seguro de vivienda?			Si la respuesta es SÍ, indique la cantidad mensual o anual
¿Su familia paga costos de calefacción y aire acondicionado?			
¿Si su familia no paga costos de calefacción o aire acondicionado, paga usted otros servicios públicos?			Si la respuesta es SÍ, indique a continuación los costos de servicios públicos que paga y el monto que paga.



Solicitud al Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para Personas Mayores de Georgia



Cuéntenos sobre sus gastos médicos

¿Tiene su hogar gastos médicos de bolsillo de más de \$35 al mes?

Sí No

¿Usted paga una prima de Medicare?

Sí No

Si la respuesta es sí, complete la tabla de abajo. Vamos a necesitar un comprobante de sus gastos médicos. Es posible que usted califique para recibir más beneficios.

Persona que tiene la factura	Tipo de gasto (médico, hospital, receta médica, prima de Medicare, transporte)	Cantidad adeudada

¿Usted o alguna de las personas en su hogar paga manutención infantil por obligación legal a alguien que viva fuera de su casa? Sí No Si la respuesta es sí, ¿a quién y cuánto por mes? _____

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

Solo los ciudadanos estadounidenses y residentes calificados califican para recibir beneficios de SNAP. No necesita incluir en su solicitud de asistencia a quienes no sean ciudadanos o residentes calificados. Estas personas no serán denunciadas a la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas. Se determinará si los no ciudadanos incluidos en su solicitud califican conforme a las reglas de SNAP. Los ingresos y recursos de todas las personas de su hogar se tomarán en cuenta para determinar si califican las personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Certifico que cada solicitante incluido en mi hogar es ciudadano estadounidense o residente con estatus migratorio legal y que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia, División de Servicios para Familias y Niños haga una revisión completa de mi caso y todos los contactos necesarios para verificar mis declaraciones. Sé que puedo ser penalizado si doy información falsa deliberadamente.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo si firmó con una marca

Firma del representante autorizado

Fecha

Firma del testigo si firmó con una marca



ADVERTENCIA SOBRE PENALIZACIONES DE SNAP

Puede perder sus beneficios o ser sometido a enjuiciamiento penal si proporciona deliberadamente información falsa.

- No dé información falsa ni oculte información para recibir beneficios que su hogar no debe recibir.
- No utilice los beneficios de Cupones de Alimentos o la tarjeta de EBT de otra persona ni permita que otra persona use los suyos.
- No use los beneficios de Cupones de Alimentos para comprar artículos no alimentarios como alcohol o cigarrillos, ni para pagar cuentas de tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda Cupones de Alimentos o tarjetas de EBT por objetos ilegales, tales como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier miembro del hogar que viole intencionalmente cualquiera de las reglas de SNAP para personas mayores (el programa de Cupones Alimentos), podría ser excluido del programa de Cupones de Alimentos por un periodo de un año o permanentemente; podría ser multado por una cantidad de hasta \$250,000, encarcelado por un periodo de hasta 20 años, o ambos. Asimismo, podría ser enjuiciado conforme a otras leyes federales y estatales correspondientes También podría ser excluido del Programa de Cupones de Alimentos por 18 meses adicionales, si lo ordenara el tribunal.

Todo miembro del hogar que infrinja intencionalmente las reglas podría dejar de recibir cupones de alimentos por un periodo 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 lo declara a usted o a algún miembro de su hogar culpable de usar o recibir beneficios de cupones de alimentos en una transacción que conlleve la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro del hogar no podrán recibir beneficios por un periodo de dos años por la primera infracción y de forma permanente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia lo declara a usted o a algún miembro de su hogar culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que conlleve la venta de armas, municiones o explosivos, usted o ese miembro del hogar no podrán participar nunca más en el Programa de Cupones de Alimentos al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si un tribunal de justicia lo declara a usted o a un miembro de su hogar culpable de haber traficado beneficios por una cantidad igual o superior a \$500 en total, usted o ese miembro del hogar no podrán participar nunca más en el programa de Cupones de Alimentos al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si se descubre que usted o un miembro de su hogar ha hecho declaraciones 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 del hogar no podrán participar en el programa de Cupones de Alimentos por un periodo de 10 años.



Solicitud al Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) para Personas Mayores de Georgia



(Conserve este documento para su información.)

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos 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 discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] 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: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. 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.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece 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. Para recibir servicios por conocimiento limitado del inglés y dificultades sensoriales, comuníquese con el Programa para Personas con Conocimiento Limitado del Inglés y Dificultades Sensoriales del DHS a: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 o llame al (404)-657-5244 o envíe un fax al (404)-651-6815.

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