



# Departamento de asistencia transitoria de Massachusetts

**BENEFICIOS DE SNAP (anteriormente Cupones de alimentos)  
PARA USTED Y SU FAMILIA ¡SOLICÍTELOS HOY! ¡ES MÁS FÁCIL DE LO QUE CREE!**

## CÓMO PRESENTAR LA SOLICITUD

Para solicitar los beneficios de SNAP, por favor complete esta solicitud y envíenosla. Debe enviarla por correo, por fax, o llevarla a la Oficina del Departamento de asistencia transitoria que atiende su ciudad o pueblo. Si no está seguro de la ubicación de la oficina, por favor llame al **1-866-950-FOOD** o visite nuestro sitio web en **www.mass.gov/dta**.

**IMPORTANTE: aceptaremos su solicitud si contiene su nombre y su dirección (si la tiene) en la página 1 y su firma en la página 5. Esta mínima información establecerá la fecha de presentación de la solicitud.** Sin embargo, debe completarse la restante información del formulario, y debemos entrevistarle para determinar su elegibilidad. Si usted es elegible, sus beneficios de SNAP comenzarán en la fecha en que recibamos su solicitud.

Por favor trate de responder todas las preguntas de la solicitud. Cuanta más información tengamos, más rápidamente podremos actuar sobre su solicitud. Si no está seguro de lo que significa una pregunta o cómo responderla, déjela en blanco y lo hablaremos durante su entrevista. Después de que recibamos su solicitud, nos comunicaremos con usted para programar una entrevista y hacerle más preguntas. Esta entrevista tendrá lugar en la oficina a la cual envió su solicitud o por teléfono. Si necesita un intérprete para que le ayude a completar este formulario o para la entrevista, infórmenos y lo obtendremos. A continuación enumeramos los tipos de cosas que necesitará proporcionar para su solicitud. Por favor lea la lista y reúna las pruebas que va a necesitar.

## PODRÍA RECIBIR BENEFICIOS DE SNAP DENTRO DE SIETE DÍAS SI:

- Sus ingresos y dinero en el banco suman menos que sus gastos mensuales para la vivienda; o
- Su ingreso mensual es menor que \$150 y su dinero en el banco es \$100 o menos; o
- Es un trabajador migratorio y su dinero en el banco es menos de \$100.

Le preguntamos sobre dinero en el banco para evaluar la entrega de beneficios acelerados de SNAP. No se le pedirá que dé prueba de su dinero en el banco. Si decidimos que no puede obtener beneficios de SNAP dentro de 7 días (servicio acelerado) y usted no está de acuerdo; o si se determina que es elegible para servicio acelerado, pero no recibe sus beneficios de SNAP en el séptimo día calendario después de la fecha en que presentó la solicitud, tiene derecho a una junta con un supervisor.

Para solicitar beneficios de SNAP, necesita demostrar sus ingresos, gastos y otra información. Solamente tiene que probar información que le corresponde a usted. Por ejemplo, si no tiene empleo, no necesita preocuparse por ingresos obtenidos en la lista presentada a continuación.

Cuando obtenga beneficios de SNAP, se le dará una cuenta, como una cuenta bancaria. Todos los meses, sus beneficios de SNAP se colocarán en su cuenta. Para usar sus beneficios de SNAP, obtendrá una tarjeta de Bay State Access que usará como si fuera una tarjeta de crédito o ATM. Su privacidad es importante y usar la tarjeta de Bay State Access ayuda a mantener esa privacidad. Puede usar su tarjeta de Bay State Access en tiendas de comestibles, pequeños supermercados, mercados y cooperativas. Se usa de la misma forma en que la usaría para comprar alimentos con una tarjeta de crédito o débito/ATM.

## Cosas que debe proporcionar, si le correspondieran, para que reciba beneficios de SNAP.

1. **Prueba de identidad:** licencia de conducir, acta de nacimiento u otra prueba de identidad.
2. **Prueba de residencia en Massachusetts:** hipoteca, impuestos, seguro del propietario o facturas de servicios públicos, recibo de alquiler o arrendamiento. Si se encuentra sin hogar, un contacto colateral, registro de vehículo automotor, declaración de un albergue o de una persona con quien permanezca temporalmente.
3. **Ingresos ganados:** comprobantes de pago o declaración escrita del empleador con membrete que muestre el ingreso antes de impuestos de las cuatro semanas pasadas.
4. **Otros ingresos:** copia del cheque del Seguro Social o carta de adjudicación más reciente, prueba de compensación por desempleo, compensación para trabajadores, pensión, manutención infantil o pensión alimenticia.
5. **Empleo por cuenta propia:** declaración de impuestos federales más reciente (Formulario del Schedule C) o últimos tres meses de registros comerciales.
6. **Ingreso por alquiler:** si recibe pagos de alguien que alquila un cuarto o apartamento suyo, una copia del acuerdo de alquiler de su inquilino mostrando la cantidad de alquiler pagado.
7. **Condición de extranjero:** para todos los ciudadanos extranjeros que soliciten beneficios de SNAP, tarjeta de registro de extranjeros u otro documento migratorio.
8. **Pagos de manutención infantil:** si hace pagos de manutención infantil a alguien que no vive con usted, mostrar prueba de la obligación legal de hacer los pagos, como una orden del tribunal, declaración de impuestos que muestre los pagos de manutención con obligación legal, verificación de retención para compensación por desempleo, y la cantidad pagada.

Cosas que podría proporcionar, si le correspondieran, para recibir mayores beneficios de SNAP. *Las reglas de SNAP le permiten deducir ciertos gastos de sus ingresos contables. Si nos diera prueba de cualquiera de los gastos de la lista a continuación, podría recibir mayores beneficios de SNAP.*

1. **Gastos de vivienda:** la cantidad que paga por la vivienda puede mostrarse mejor por su recibo de alquiler o acuerdo de arrendamiento. Los propietarios pueden verificar estos costos por medio de la declaración hipotecaria, impuestos a los bienes raíces y cuentas de seguro del propietario.
2. **Servicios públicos:** el tipo de gastos de servicios públicos que paga puede mostrarse por las facturas de combustible, gas, electricidad, teléfono (incluyendo el teléfono celular), o facturas de otros servicios públicos como eliminación de la basura, madera o carbón.
3. **Gastos médicos:** si usted o alguien de su casa tiene 60 años como mínimo o una discapacidad comprobada, la cantidad de sus gastos médicos en efectivo puede mostrarse por los copagos o primas del seguro médico, dentaduras postizas, anteojos, baterías para audífonos, medicamentos con receta, analgésicos recetados, medicamentos sin receta, y transporte para ir a obtener los servicios médicos.
4. **Guardería infantil o gastos de atención de un adulto dependiente:** la cantidad que paga por los gastos de la atención de dependientes puede mostrarse con una declaración escrita de su proveedor de atención del dependiente, o un cheque cancelado o giro postal pagado al proveedor de atención del dependiente.

**Nota:** se pedirá a ciertos hogares, como los que tienen miembros descalificados, que proporcionen información y verificación de cuentas bancarias y otros activos.

Después de su entrevista, recibirá una lista de cosas que necesitará mostrarnos. **Los comprobantes de pago, facturas de servicios públicos y otras pruebas no pueden tener más de cuatro semanas de antigüedad desde el día en que entrega la solicitud.**



**Departamento de asistencia transitoria de Massachusetts**  
**Solicitud de beneficios de SNAP**  
*(anteriormente Cupones de alimentos)*

**Fuente: (por favor marque una)**  
 CEO  Project Bread  DMH  
 DMR  BMC  Food Pantry  
 MRC  Otra \_\_\_\_\_

**1. Información sobre usted (Responda todas las casillas.)** Si es un extranjero que escoge **NO** solicitar los beneficios de SNAP, no necesita decirnos su número de Seguro Social o condición migratoria.

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social
¿Es este nombre su (marque uno) <input type="checkbox"/> Nombre de nacimiento <input type="checkbox"/> Nombre de soltera <input type="checkbox"/> Nombre de casada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre de matrimonio anterior <input type="checkbox"/> Alias <input type="checkbox"/>			
Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
¿Cuál es su idioma de preferencia?			
Su <b>etnicidad/raza</b> : esta información se obtiene para asegurarse que todos sean tratados justamente. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad o cantidad de beneficios. <b>Etnicidad:</b> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <b>Raza:</b> (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco			
¿Tiene un situación especial? (Marque todas las casillas que le correspondan.) <input type="checkbox"/> Déficit físico/mental <input type="checkbox"/> Déficit auditivo <input type="checkbox"/> Déficit visual <input type="checkbox"/> Necesita un intérprete <input type="checkbox"/> Necesita lenguaje por señas <input type="checkbox"/> Otro _____			

**2. Información sobre dónde vive (Responda todas las casillas.)**

Su dirección actual	Calle y número	Dpto. No.	Ciudad, Estado, Código Postal
¿Se encuentra sin hogar? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Es temporaria su dirección actual? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
		¿Su dirección postal es su dirección actual? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Si es una dirección temporaria, indique su dirección permanente.			
Si tiene una dirección postal diferente, por favor indíquela.			
Su(s) número(s) de teléfono <b>diurno(s)</b> (_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____ Una buena hora del día para llamarle: Hora: _____ <b>Marque todo lo que corresponda:</b> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/>			
Tipo de vivienda en la que vive <input type="checkbox"/> Vivienda privada <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Pensión comercial <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria <input type="checkbox"/> Instalación residencial <input type="checkbox"/> Vivienda provista por el empleador <input type="checkbox"/> Programa de vivienda para adolescentes <input type="checkbox"/> Campamento de trabajador migratorio <input type="checkbox"/> Albergue			

**3. Persona que le ayuda con la solicitud**

Apellido	Nombre	Inicial	Número de teléfono
Calle y número	Ciudad/Pueblo	Estado	Código postal

**4. Representante autorizado**

¿Desea darle a esta persona permiso para solicitar los beneficios de SNAP por usted?  sí  no

**5. Dispensa a la entrevista personal**

Si no puede venir a la oficina del DTA para una entrevista, por favor marque todos los motivos que correspondan.

- Persona de la tercera edad/discapacitado     Problemas de transporte     Trabajo durante el horario laboral del DTA  
 Cuidado infantil/Cuidado de persona discapacitada en la casa     Otro \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Asegúrese de listar sus números de teléfono en la página 1. Necesitamos poder llamarle si tenemos preguntas sobre su solicitud o si deseamos hacerle una entrevista telefónica.**

**6. Preguntas sobre su estado de ciudadanía**

- a. ¿Son usted y todas las personas de su hogar ciudadanos de los .EE.U.U. por nacimiento o naturalización?     sí     no  
 Si respondió Sí, pase a la Pregunta 7. Si respondió No, pase a la Parte b, a continuación.
- b. Bajo las reglas de SNAP (106 CMR 362.220), un extranjero que no puede o no quiere proporcionar condición migratoria y/o número de Seguro Social debido a su condición migratoria no necesita hacerlo. Este extranjero no será elegible para los beneficios de SNAP. Sin embargo, las personas restantes del hogar pueden solicitar beneficios.

1. Enumere las personas del hogar que escogen **NO** solicitar beneficios de SNAP:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Marque aquí si todas las personas escogen presentar la solicitud:

**7. Información sobre las personas con quienes vive – Por favor liste a todas las personas con las que vive. No se incluya.** (Adjunte una hoja separada si fuera necesario.) Los extranjeros que viven con usted que escogen no solicitar los beneficios de SNAP no necesitan informarnos su Número de Seguro Social o su condición migratoria.

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
¿Compran y preparan comidas juntos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Está esta persona solicitando beneficios de SNAP? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social	
Estado civil			¿Embarazada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
¿Compran y preparan comidas juntos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Está esta persona solicitando beneficios de SNAP? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social	
Estado civil			¿Embarazada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
¿Compran y preparan comidas juntos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		¿Está esta persona solicitando beneficios de SNAP? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social	
Estado civil			¿Embarazada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

8. ¿Hay un niño(s) menor(es) de 18 años que viva(n) con usted que no sea(n) su(s) hijo(s), y que no esté(n) bajo su supervisión y control?    sí     no  
 Si respondió sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

9. ¿Hay alguien que viva con usted que esté alojado o sea un pensionista (persona que paga por un cuarto o cuarto y comidas)?    sí    no  
 Si respondió sí, ¿cómo se llama esa persona? \_\_\_\_\_

10. ¿Se hacen pagos por adopción a su casa por alguien que vive con usted?    sí     no  
 Si respondió sí, ¿por quién se hacen los pagos? \_\_\_\_\_

11. ¿Es usted o alguien que vive con usted un residente de un estado que no sea Massachusetts o un país que no sea los E.E.U.U. o intenta usted o alguien que vive con usted dejar Massachusetts?    sí    no

Si respondió **sí**, ¿quién no es un residente o intenta irse? \_\_\_\_\_

12. ¿No es usted o alguien que vive con usted ciudadano de los E.E.U.U.?  sí  no
13. ¿Desea usted o alguien que vive con usted que tenga como mínimo 18 años y sea un ciudadano de los Estados Unidos y residente de Massachusetts **registrarse para votar**?  sí  no  
Si respondió **sí**, ¿quién desearía inscribirse? \_\_\_\_\_
14. ¿Está usted o alguien que vive con usted física o mentalmente **discapacitado/a** temporalmente o a largo plazo?  sí  no  
Si respondió **sí**, ¿Quién está discapacitado/a? \_\_\_\_\_

15. Ganancias							
¿Está usted o alguien que vive con usted actualmente trabajando, o estaba usted o alguien que vive con usted trabajando en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no							
Si respondió <b>sí</b> , complete la sección siguiente. (Adjunte una hoja separada si fuera necesario.) <b>IMPORTANTE:</b> asegúrese de completar esta sección si usted o alguien que vive con usted trabaja por cuenta propia.							
Apellido		Nombre		Nombre, dirección y número de teléfono del empleador			
Cargo	Fecha de comienzo	Fecha de finalización	Salario por hora \$	Horario semanal	Propinas semanales \$	¿Pagado con qué frecuencia?	¿Trabajo permanente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Si el trabajo terminó, último día de trabajo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Registre aquí la información más reciente sobre salarios:**

Desde	Fecha	Hasta	Ingreso bruto	Horas
			\$	
			\$	
			\$	

16. Otros ingresos	
¿Es usted o alguien que vive con usted elegible para recibir o está recibiendo <b>cualquier otro tipo de ingreso</b> como Compensación por desempleo, Manutención infantil, Seguro Social, SSI, Compensación para trabajadores, Beneficios para veteranos, pensiones o ingresos por alquileres? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Si respondió <b>sí</b> , complete la sección siguiente. (Adjunte una hoja separada si fuera necesario.)	

Nombre	Tipo de ingreso	Cantidad	¿Recibido con qué frecuencia?	Fecha en que comenzó el ingreso

17. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted una orden del tribunal (obligación legal) para pagar por **manutención infantil** a un niño que no vive con usted?  sí  no  
¿Pagado con qué frecuencia?  Mensualmente  Semanalmente Cantidad \$ \_\_\_\_\_
18. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted gastos de **guardería infantil o de atención de dependientes**?  sí  no  
¿Pagado con qué frecuencia?  Mensualmente  Semanalmente Cantidad \$ \_\_\_\_\_
19. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted que tenga 60 años de edad como mínimo o que esté discapacitado/a gastos de **seguro médico**?  sí  no  
¿Pagado con qué frecuencia?  Mensualmente  Semanalmente Cantidad \$ \_\_\_\_\_
20. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted tenga 60 años de edad como mínimo o que esté discapacitado/a **gastos médicos en efectivo**?  sí  no  
Si respondió **sí**, complete la sección siguiente.

Nombre	Tipo	¿Pagado con qué frecuencia?	Cantidad	Fecha en que comenzó a pagar

**21. Gastos de vivienda**

¿Qué tipo de gastos de vivienda tiene?

Renta/Hipoteca  sí  no  
 Impuestos de la propiedad  sí  no  
 Otro  sí  no

Cantidad de la Renta/Hipoteca por mes \$ \_\_\_\_\_

**22. Gastos de servicios públicos**¿Qué tipo de gastos de servicios públicos paga en forma **separada** de su alquiler?

Gastos de calefacción (gas, combustible o electricidad) y/o aire acondicionado  sí  no  
 Cualquier otro gasto público (que no incluya calefacción/aire acondicionado)  sí  no  
 Solamente teléfono, incluyendo teléfono celular  sí  no

¿Ha recibido o piensa que recibirá beneficios de Ayuda con combustible?

 sí  no**AVISO DE DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y PENALIDADES (POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE)**

Certifico bajo pena de perjurio que he leído, o me han leído, la información de esta solicitud y que mis respuestas a tales preguntas son veraces y completas a mi mejor saber y entender. También certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas en cualquier suplemento que pueda completar en el futuro serán veraces y completas a mi mejor saber y entender. Entiendo que dar declaraciones falsas o erróneas o tergiversar, ocultar o retener hechos, ya sean orales o escritos, para establecer la elegibilidad para el Programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) es un fraude, una Violación intencional del programa (IPV, por sus siglas en inglés), y está sancionado con penalidades civiles y criminales.

Entiendo que el Departamento de asistencia transitoria (DTA, por sus siglas en inglés) administra SNAP. Entiendo que debo informar sobre cualquier cambio en mis ingresos domésticos, dirección, situación de vivienda, tamaño familiar, empleo u otros cambios en mi casa que puedan afectar nuestra elegibilidad para SNAP al DTA. Entiendo que debo informar sobre estos cambios al DTA en persona, por escrito o por teléfono **dentro de los 10 días del cambio** a menos que el DTA me permita informar sobre los cambios bajo las reglas bianuales de información de SNAP.

Entiendo que, para los beneficios de SNAP, para recibir una deducción por gastos de atención de un dependiente, pagos de alquiler o de hipoteca, gastos de servicios públicos, de vivienda o médicos, debo informar y proporcionar verificación para el DTA. No informar o verificar los gastos enumerados anteriormente puede significar que reciba menos beneficios de SNAP cada mes, y será visto como mi declaración de que el hogar no desea recibir una deducción por los gastos no informados o no verificados.

Entiendo que todas las personas del hogar entre los 16 y los 59 años son registradas en empleo automáticamente y se inscriben en el Programa de capacitación y empleo de SNAP (SNAP E&T, por sus siglas en inglés). La inscripción automática a SNAP E&T le permite a las personas del hogar acceder fácilmente a los servicios de SNAP E&T. Las personas del hogar no exentas serán notificadas sobre requisitos laborales, se les explicarán las exenciones y sanciones por falta de cumplimiento y se los referirá a una actividad laboral, si corresponde.

Doy permiso al DTA para verificar e investigar la información que he dado vinculada con mi elegibilidad para asistencia. Doy permiso al DTA para obtener registros o datos para verificar la información dada en esta solicitud con otras agencias, incluyendo agencias federales y estatales, autoridades de vivienda locales, departamentos de asistencia social fuera del estado e instituciones financieras. También doy permiso a estas agencias a dar información al DTA sobre mi hogar que se refiera a mis beneficios de SNAP.

Entiendo que también doy permiso al DTA para compartir información sobre mí y mis dependientes menores de 19 años con el Departamento de educación (DOE, por sus siglas en inglés) para que mis dependientes estén automáticamente aprobados para los programas de desayuno y almuerzo escolares. También doy permiso al DTA para compartir información sobre mí y mis dependientes menores de 5 años y sobre cualquier persona embarazada en mi casa con el Departamento de Salud Pública (DPH, por sus siglas en inglés) para que estas personas sean referidas al Programa de mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés) para servicios nutricionales.

Entiendo que autorizo al DTA y a la Oficina ejecutiva de salud y servicios humanos de Massachusetts para compartir información sobre mi elegibilidad para beneficios de asistencia pública con las compañías de distribución de electricidad, gas y compañías de telecomunicaciones elegibles según los acuerdos de confidencialidad ejecutados por estas compañías con el único propósito de certificar mi elegibilidad para tasas rebajadas de servicios públicos. También autorizo al DTA a compartir mi información con el Departamento de vivienda y desarrollo comunitario (DHCD, por sus siglas en inglés) con el propósito de inscribirme en el Programa "Heat & Eat".

Entiendo que recibiré una copia del folleto Su derecho a saber (Your Right to Know) y del de SNAP, que debo leer o hacer que me lean y que debo entender su contenido y mis derechos y responsabilidades. Si deseara hacer preguntas sobre los folletos o cualquier parte de esta información, hablaré con mi administrador de casos. También puedo llamar a los Servicios al receptor (Recipient Services) al 1-800-445-6604 si tengo dificultad para leer o entender algo de esta información.

### Advertencia de sanciones de SNAP

Entiendo que si un miembro de mi hogar el cuál recibe SNAP viola intencionalmente cualquiera de las reglas enumeradas a continuación, esa persona será excluida de SNAP durante **un año** después de la primera violación, **dos años** después de la segunda violación y **permanentemente** después de la tercera violación. La persona podría también enfrentar un juicio criminal bajo las leyes federales y estatales aplicables con multas de hasta \$250,000, encarcelamiento de hasta 25 años, o ambos. Estas reglas son:

- No dé falsa información u oculte información para obtener beneficios de SNAP.
- No canjee o venda los beneficios de SNAP.
- No altere las tarjetas de EBT para obtener beneficios de SNAP que no le corresponde recibir.
- No use los beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use los beneficios de SNAP o la tarjeta de EBT de otra persona, a menos que sea un representante autorizado.

También entiendo las siguientes sanciones:

- Las personas que cometen una violación del **programa de asistencia en efectivo** que se confirme en una Audiencia administrativa de descalificación serán excluidas de SNAP por el mismo período que la persona esté excluida de la asistencia en efectivo.
- Las personas que hagan una declaración o representación fraudulenta sobre su identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios de SNAP *simultáneamente*, serán excluidas de SNAP durante **diez años**.
- Las personas que canjeen (compre o vendan) beneficios de SNAP por una sustancia controlada/droga ilícita, serán excluidas de SNAP por un período de **dos años** en el primer hallazgo, y **permanentemente** en el segundo hallazgo.
- Las personas que canjeen (compre o vendan) beneficios de SNAP por armas de fuego, munición o explosivos, serán excluidas de SNAP **permanentemente**.
- Las personas que canjeen (compre o vendan) beneficios de SNAP por un valor de \$500 o más, serán excluidas de SNAP **permanentemente**.
- Las personas que escapan para evitar un juicio, estar detenidos o confinados luego de una convicción por una felonía o están violando una condición de libertad condicional o bajo palabra, son *inelegibles* para participar en SNAP.
- Las personas que no cumplen sin una buena causa con los Requisitos laborales de SNAP serán descalificadas de SNAP durante un período de **tres meses** en el primer hallazgo, **seis meses** en el segundo hallazgo y **doce meses** en el tercer hallazgo. Si la persona que se encontró que no cumplió por tercera vez es la cabeza del hogar con SNAP, *todo* el hogar será inelegible para participar en SNAP durante un período de **seis meses**.

### Derecho a tener un intérprete

Entiendo que tengo derecho a tener un intérprete proporcionado por el DTA si ningún adulto de mi hogar bajo SNAP es capaz de hablar o entender inglés. Entiendo que puedo obtener un intérprete para cualquier audiencia imparcial del DTA o traer uno por mi cuenta. Si necesito un intérprete para una audiencia, debo llamar a la División de audiencias al menos una semana antes de la fecha de la audiencia.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley Federal y con las normas del Departamento de agricultura de los E.E.U.U. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe a esta institución discriminar en base a la raza, color, origen nacional, género, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Para presentar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (correo de voz y TDD). También puede comunicarse con la Comisión de Massachusetts contra la discriminación (MCAD, por sus siglas en inglés) o la Oficina de diversidad, igualdad de oportunidades y derechos civiles (vea el folleto Su derecho a saber para obtener más información). USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades.



**FIRMA DEL SOLICITANTE:** al firmar esta solicitud, por la presente certifico bajo pena de perjurio que he leído (o me han leído) y entiendo y estoy de acuerdo con los "Derechos y responsabilidades," y que las respuestas en esta solicitud y en cualquier documento adicional que proporcione al Departamento en el futuro son exactas y completas a mi mejor entender. He leído la Advertencia de sanciones de SNAP en mi idioma materno, me la han leído o me la han interpretado. También certifico que todas las personas de mi hogar que soliciten beneficios de SNAP son ciudadanos de los E.E.U.U. o extranjeros con condición inmigratoria satisfactoria.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_