



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES



Solicitud para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) de Pennsylvania

Pennsylvania recibe información de las agencias federales y de otros estados para verificar los datos que usted brinda. Si usted distorsiona, oculta u omite mencionar hechos que pueden afectar su derecho a los beneficios, es posible que se le requiera reembolsarlos, que sea enjuiciado y que se lo descalifique y no pueda recibir determinados beneficios futuros.

This is an application for SNAP benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de SNAP. Si necesita esta solicitud en otro idioma un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Перед вами заявление на получение льгот по программе SNAP. Если вам нужно получить данное заявление на другом языке или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки по вопросам социального обеспечения. Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

Đây là đơn xin trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc nhờ người nào đó thông dịch, xin liên lạc với văn phòng trợ giúp tại quận địa phương của quý vị. Sẽ có trợ giúp ngôn ngữ miễn phí.

នេះគឺជាពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែសូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយការប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

这是一份营养补充援助计划 (SNAP) 福利的申请表。如果您需要其他语言的申请表或需要请人口译, 请联系您所在郡的协助办事处 (County Assistance Office)。将免费提供语言协助。



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Puede presentar su solicitud en línea en: www.compass.state.pa.us

¡Presentar la solicitud es muy fácil!

1. **Complete** este formulario.
2. **Fírmelo y féchelo** en las páginas 1 y 5.
3. **Traiga el formulario, envíelo por fax o por correo electrónico** a la oficina de ayuda del condado.

Si usted tiene una discapacidad y necesita obtener esta solicitud en letra más grande o en otro formato, llame a nuestra línea de ayuda al **1-800-692-7462**.

Los servicios de dispositivo de telecomunicación para sordos (TDD) se encuentran disponibles llamando al **711**.

Para uso exclusivo del para uso oficial de la CAO.

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER
DATE STAMP				



Introducción



Para tomar una decisión en cuanto a su elegibilidad es necesario que responda todas las preguntas, a menos que las instrucciones indiquen que se puede optar por no responder. **El procedimiento de solicitud puede comenzarse desde el momento en que escriba su nombre y dirección, firme y envíe la presente solicitud.** De ser elegible, sus beneficios de SNAP comienzan desde la fecha de recepción de su solicitud. En un plazo de 30 días se le informará si es elegible o no. Si necesita ayuda con la presente solicitud, llame a la oficina de ayuda del condado local o llame a la línea de ayuda al 1-800-692-7462.

¿Puede leer y escribir en inglés y entender ese idioma? Sí No

¿Necesita un intérprete? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué idioma? _____

APELLIDO	NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN (incluya la ciudad, el estado y el código postal)			
CONDADO	TELÉFONO (del domicilio)	TELÉFONO (otro)	MEJOR HORARIO PARA LLAMAR

¡SNAP rápido! Es posible que obtenga los beneficios de SNAP en el plazo de cinco días. Si la respuesta a cualquiera de estas respuestas es afirmativa, es posible que tenga derecho a beneficios expeditos de SNAP. Esto significa que puede obtener beneficios de SNAP en el plazo de cinco días calendario desde la fecha de su solicitud. Solicite más información comunicándose con la oficina de ayuda del condado local.

Sí No ¿Su hogar cuenta con \$100 o menos disponibles entre dinero en efectivo y cuentas bancarias, y espera recibir menos de \$150 en ingresos este mes?

Sí No ¿Es migrante o trabajador agropecuario estacional?

Sí No ¿Su ingreso bruto mensual y el dinero en efectivo en mano suman menos que el importe de su alquiler/hipoteca y sus costos de servicios públicos de este mes?

Mencione a TODOS los ocupantes de su hogar de ESTE LADO DE LA LÍNEA					Detalle la información de ESTE LADO de la línea SOLAMENTE si la persona en cuestión solicita beneficios de SNAP.	
Apellido, nombre, inicial del segundo nombre:	Sexo:	¿Estudia?	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Vínculo con usted:	Número de seguro social:	¿Es ciudadano de EE.UU.?* (Si la respuesta es NO, se requiere la presentación de documentos de residente extranjero)
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		SELF		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*La información sobre situación como residente extranjero puede someterse a verificación mediante el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos y puede afectar la elegibilidad familiar y su nivel de beneficios.

Certifico que la información incluida en esta página es verídica, a mi leal saber y entender, y que existen sanciones por no decir la verdad en cuanto a mi familia y a mi mismo/a. **Firme a continuación y continúe con las siguientes páginas.**

_____ FIRMA DEL SOLICITANTE _____ FECHA _____

Ingresos



¿Alguna de las personas mencionadas recibe algún tipo de ingreso? Sí No

En caso afirmativo, detalle los ingresos ya recibidos o que espera recibir este mes.

Los ingresos incluyen (aunque no se limitan a) lo siguiente:

- Salarios
- Comisiones/regalías
- Beneficios por enfermedad
- Trabajo por cuenta propia
- Alquiler
- Seguridad social
- Beneficios por huelga
- Beneficios para veteranos
- Pensiones
- Alojamiento y comidas
- Pago por cuidado de niños
- Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)
- Apuestas
- Dividendos o intereses
- Pensión para hijos menores
- Pensión alimenticia o compensatoria
- Dinero para la universidad o para capacitación
- Indemnización por desempleo o compensación al trabajador

Persona con ingresos:	Tipo/fuente del ingreso:	Monto:	Frecuencia:	Fecha de recepción:
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

Adjunte prueba de los ingresos recibidos por los miembros de su familia durante los últimos 30 días. Las pruebas se incluyen los comprobantes de pago o una copia de las cartas de concesión o los cheques de pago correspondientes.

Consulta de antecedentes penales

Sí No

¿Usted o alguien en su hogar es un delincuente prófugo o se encuentra prófugo para evitar un proceso judicial, custodia o confinamiento en instalaciones correccionales por intento de delito grave o por violar las condiciones de libertad provisional o libertad vigilada impuestas por una ley estatal o federal?

En caso afirmativo, detalle quién:

Nombre del/de los miembro/s de la familia: _____

Fecha: _____ Estado: _____

Sí No

¿Alguien ha sido hallado culpable de fraude de la asistencia pública?

En caso afirmativo, detalle quién:

Nombre del/de los miembro/s de la familia: _____

Fecha: _____ Estado: _____

Sí No

¿Usted o alguien en su hogar ha sido descalificado, o ha acordado ser descalificado, y no puede recibir cupones de alimentos o beneficios de SNAP en otro estado?

En caso afirmativo, detalle quién: _____

Gastos del hogar

Cuéntenos sobre sus gastos. Es posible que deba brindar pruebas de sus gastos.



Sí No ¿Alguien en su hogar paga manutención de menores a un tercero que no vive con ustedes?
En caso afirmativo, ¿lo hace por orden judicial? Sí No

Sí No ¿Las comidas se incluyen en el importe de su alquiler?

Sí No ¿Paga por la calefacción?

Sí No ¿Alguien en su hogar recibe ayuda para la vivienda?

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Recibe una asignación para servicios públicos? Sí No

Sí No ¿Algún tercero fuera de su hogar paga alguno de sus gastos?

En caso afirmativo, ¿qué gastos? _____

¿Monto? _____ ¿Monto? _____

¿A quién? _____

Sí No ¿Paga por aire acondicionado central o para usar un equipo de aire acondicionado para una habitación?

Marque los gastos pagados mensualmente por usted o un integrante de su hogar. Marque el gasto incluso si usted paga solamente parte de la factura.

Teléfono Agua Extracción de basura Instalación de servicios públicos Electricidad

Aceite, carbón, madera, queroseno Alcantarillado Gas Propano Otro: _____

Sí No ¿Alguien en su hogar paga por cuidado infantil o cuidado de un adulto con una discapacidad para poder ir a trabajar, a la escuela o a capacitarse?

En caso afirmativo, ¿cuánto paga por mes? \$ _____ mensuales

¿Quién recibe ese cuidado? _____

Si tiene alguno de los siguientes gastos, ¿cuánto paga por mes?

Alquiler: \$ _____ Gastos de mantenimiento del condominio: \$ _____

Hipoteca: \$ _____ Fuentes de propiedades: \$ _____ Seguro de propietario: \$ _____

Gastos médicos

Usted puede obtener más beneficios de SNAP si en su hogar hay alguna persona de 60 años o mayor, o discapacitado, y usted tiene gastos médicos. Marque todos los gastos médicos entre los listados a continuación pagado por usted o alguien en su hogar.

Facturas odontológicas Facturas médicas Equipo médico Primas de seguro médico o Medicare

Facturas del hospital Medicamentos de venta bajo receta

Auxiliares de salud (individuos que ayudan en el hogar con tratamientos médicos)

Suministros relacionados con la salud (como lentes, audífonos, pañales para adultos)

Todos los costos para concertar visitas médicas, obtener tratamiento médico o retirar recetas. Esto puede incluir costos como los de transporte público o taxis.

Otro: _____

Si no informa gastos del hogar o no los comprueba (en caso de que lo requieran), se supondrá que usted no desea deducciones para tales gastos.

(Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de EE. UU., Región del Atlántico Medio, Aviso Administrativo 6-99, fechado 4 de enero de 1999)

Información étnica y racial (opcional)



Completar la presente sección no es obligatorio. Detalle la información étnica y racial de quienes viven con usted. Comience por usted mismo.

NOMBRE (SUYO)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
NOMBRE (INDIVIDUO 2)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
NOMBRE (INDIVIDUO 3)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
NOMBRE (INDIVIDUO 4)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
NOMBRE (INDIVIDUO 5)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
NOMBRE (INDIVIDUO 6)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano

Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? Sí No
SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) haber sido ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de electores, podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA, Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA).

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO ARRIBA

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

Para uso exclusivo de la CAO (CAO USE ONLY)

- Yes No Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children?
- Yes No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?
- Yes No Are the household liquid resources equal to or less than \$100?
- Yes No Is the countable monthly gross income less than \$150?
- Yes No Is this a migrant or seasonal farm worker household?
- Yes No Is the household destitute?
- Yes No Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?

EXPEDITED REVIEW	Initials:	Date:
<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied -	CLIENT NOTIFIED	
Reason for denial:		
REGISTERED FOR CATEGORIES	▶	

Lea sobre sus derechos y responsabilidades, y después firme.



- Entiendo que la información incluida en este formulario se mantendrá en confidencialidad.
- Entiendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos (IEVS, por sus siglas en inglés) y de otras agencias estatales y federales para verificar la información que he brindado. La información disponible mediante el IEVS se solicitará, usará y podrá verificarse mediante contactos relacionados en caso de que la agencia estatal encuentre detalles contradictorios, y tal información puede afectar la elegibilidad familiar y su nivel de beneficios. Si distorsiono, oculto u omito mencionar hechos que pueden afectar mi derecho a los beneficios, es posible que se me exija que los reembolse, que sea enjuiciado y que se me descalifique y no pueda recibir determinados beneficios futuros.
- Autorizo a que se comunique mi información médica, financiera y personal al Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania, y que este la comunique, a los efectos de determinar mi derecho a los beneficios de SNAP.
- Entiendo que los cambios que tengo obligación de informar deben informarse en el plazo de los primeros 10 días del mes siguiente al mes del cambio.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión que se haya tomado con referencia a la presente solicitud.
- Entiendo que mi situación se encuentra sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes de financiación y otros terceros.
- Entiendo que la ley federal requiere que quienes soliciten los beneficios de SNAP informen su número de seguro social. Si no se informa o solicita el número de seguro social, tal individuo no tendrá derecho a SNAP. Estos números podrán usarse para verificar la información incluida en la presente solicitud. (7CFR273.6) Estos números serán verificados en comparación con los registros de la Policía Estatal de Pennsylvania, los registros judiciales de Pennsylvania y otros registros disponibles.
- Entiendo que tengo derecho a la asistencia de traductores e intérpretes si no hablo o leo en idioma inglés. Tal servicio se brindará en el plazo requerido para el procesamiento de la solicitud.
- Certifico que, a mi leal saber y entender, entiendo mis derechos y obligaciones.
- Certifico que toda la información incluida en la presente solicitud es verídica, bajo pena de perjurio (penal).
- El no informar o brindar pruebas de los gastos del hogar se considerará como afirmación de que no deseo recibir deducciones por los gastos no informados o no comprobados (autoridad: Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de EE. UU., Región del Atlántico Medio, aviso administrativo 6-99, fechado 4 de enero de 1999). Entiendo que tengo derecho a recibir crédito por los gastos del hogar en el momento en que lo informe y que es posible que se me solicite que brinde pruebas de ellos en cualquier momento durante mi período de certificación.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado al completar la sección "Representante autorizado" que se incluye a continuación.

Al firmar a continuación, certifico que los individuos por los cuales realizo la solicitud son ciudadanos de EE. UU. o no ciudadanos con una situación de inmigrante legal. Debo firmar el presente formulario para tener derecho a los beneficios de SNAP según la ley.

SU FIRMA

FECHA

FIRMA DEL PROVEEDOR/EMPLEADO/TESTIGO

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

IMPORTANTE: Si su hogar es elegible para recibir SNAP, podrá recibir un formato de autorización Vía Rápida (Fast Track) por correo, que le permitirá, así como a los miembros de su hogar, ser inscritos automáticamente para recibir Asistencia Médica (Medical Assistance).

Nombre del representante autorizado	Dirección del representante autorizado	Número de teléfono

¿Tiene preguntas?

Llame a su oficina de asistencia del condado o a nuestro CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE al 1-877-395-8930. En Philadelphia, llame al 1-215-560-7226.

Estamos para ayudarle. Llame de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY/TDD 711



DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

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: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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; or
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

(i) La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social (SSN) de cada uno de los miembros del grupo familiar, está autorizada de conformidad la Ley de Cupones para Alimentos (en inglés, Food Stamp Act) de 1977, según se enmienda en el Título 7 del U.S.C. 2011-2036. La información se usará para determinar si su grupo familiar tiene este derecho y continúa teniéndolo para participar en el Programa SNAP. Verificaremos esta información usando programas de verificación por computadora. Esta información se usará también para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa para la administración del programa.

(ii) Esta información se divulgará a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a funcionarios de la policía para arrestar a personas fugitivas de la ley.

(iii) Si se presenta una reclamación de SNAP contra su grupo familiar, es posible que la información contenida en esta solicitud, incluyendo todos los SSN, se envíe a las agencias federales y estatales, así como a agencias de cobranza privadas, para procesos de cobro por reclamaciones.

(iv) Proporcionar la información solicitada, incluso el SSN de cada uno de los miembros del grupo familiar, es voluntario. Sin embargo, si no se proporciona un SSN, esto podría resultar en la denegación de los beneficios de SNAP a cada una de las personas que no lo proporcionen. Todos los SSN proporcionados se usarán y divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del grupo familiar.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantendremos la confidencialidad de su información. Se utilizará solamente para determinar los programas en los que pueda participar según su elegibilidad. Cuando se le solicite, la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) deberá proporcionarles a los agentes de policía federales, estatales y locales la dirección, el número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) y la fotografía (si estuviera disponible) de cualquier persona que esté fugada para evitar acciones legales, arresto o encarcelamiento por haber cometido un delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional. Toda persona que intencionalmente viole cualquiera de las reglas y reglamentos de este departamento será culpable de una infracción menor y, una vez definida la condena, será sentenciada a pagar una multa que no excederá los cien dólares (\$100) o a una pena de prisión por un período que no excederá los seis meses, o ambos (Título 62 de la Ley Estatal de Pennsylvania [por sus siglas en inglés, P.S.], sección 483).

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o interrumpimos los beneficios, le entregaremos una explicación escrita de los motivos. Usted tiene 90 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, DHS) para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el DHS no toma medidas con relación a su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación ante la CAO. Si interpone una apelación, también puede solicitar una conferencia con la agencia antes de la audiencia. Si su apelación involucra beneficios de SNAP expedidos, tiene derecho a tener esta conferencia con un supervisor en un plazo de dos días hábiles. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar.

RESPONSABILIDAD DE BRINDAR INFORMACIÓN

Usted debe brindar información verídica, correcta y completa. Debe ayudar a comprobar la información que brinda. Si no proporciona determinadas pruebas, es posible que se le nieguen los beneficios. Si no puede brindar pruebas, debe solicitarle a la oficina de ayuda del condado que le ayude a obtenerlas. Si el Departamento de Servicios Humanos o la Oficina del Inspector General se comunican con usted, debe cooperar plenamente con tales individuos o investigadores.

RESPONSIBILITY TO REPORT CHANGES

Una vez que califique para los beneficios, se le requerirá que le informe al trabajador social asignado a su caso o al Centro de Atención al Cliente de todo cambio en sus circunstancias. Entre los cambios informados se incluyen la mudanza de individuos a su hogar o de él, una nueva dirección, el nuevo empleo de un individuo, la pérdida del empleo de un individuo, el nacimiento de un niño, nuevas fuentes de ingresos o cambios en los ingresos. El trabajador social asignado a su caso y los avisos que recibirá le informarán los requerimientos específicos en detalle según los programas y beneficios a los que usted tenga derecho. No informar cambios en el plazo determinado por las pautas del programa podría causar la pérdida de beneficios, sanciones o acciones civiles o penales. Puede informar cambios mediante una cuenta COMPASS o por teléfono al Centro de Atención al Cliente, al 1-877-395-8930, o, para Philadelphia, al 1-215-560-7226. También puede informar cambios a su oficina de ayuda del condado por teléfono, fax o correo electrónico.

Prohibiciones y penalizaciones Lea acerca de sus responsabilidades:



SI ESTO SUCEDE SIN CAUSA JUSTIFICADA		PUEDA PASAR ESTO (PENALIZACIÓN)
Usar indebidamente la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o la tarjeta PA ACCESS.		Multa, prisión o ambas.
No informar cambios, según corresponda.		Se reducirán o interrumpirán los beneficios.
Deliberadamente proporcionar información que es falsa, incorrecta o incompleta, o no informar cambios.		Multa, descalificación y/o prisión por fraude a la asistencia pública, descalificación para procedimientos de audiencias administrativas. Se cancela su derecho para recibir beneficios de SNAP: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 12 meses. • Segunda vez: 24 meses. • Tercera vez: indefinidamente.
Comercializar, vender o intentar comercializar, vender o utilizar la tarjeta ACCESS de otra persona.		Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Todas las condenas judiciales: 12 meses.
Usar indebidamente los beneficios de SNAP de manera deliberada, por ejemplo, canjear, vender o comprar Tarjetas de EBT o beneficios de SNAP; convertir los beneficios; o vaciar envases o recipientes comprados con beneficios de SNAP para cobrar el depósito reembolsable — o comprar artículos que no son cubiertos por SNAP, tales como alcohol o tabaco — o usar los beneficios de SNAP para pagar alimentos que ya se recibieron o comprar alimentos a crédito.		Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 12 meses. • Segunda vez: 24 meses. • Tercera vez: indefinidamente. • Primera condena judicial de más de \$500: indefinidamente.
Comprar un producto con beneficios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles mediante la reventa del producto a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.		
Comprar intencionalmente productos que originalmente se compraron con beneficios de SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.		
Usar/recibir beneficios de SNAP para comprar drogas o sustancias controladas.		Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 24 meses. • Segunda vez: indefinidamente.
Usar/recibir beneficios de SNAP en una venta de armas de fuego, municiones o explosivos.		Primera vez: no ser elegible indefinidamente.
Ser sentenciado por comprar, vender o canjear beneficios de SNAP por un total de \$500 o más.		Se cancela su derecho indefinidamente.
Mentir sobre su identidad o sobre el lugar donde vive para recibir más de un beneficio de SNAP.		Se cancela su derecho por 10 años.
Fugarse para evitar acciones legales, arresto o prisión por haber cometido un delito grave/tentativa de delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional.		Se cancela su derecho hasta que usted cumpla lo que exige la ley.
Si lo declaran culpable de fraude o de violar las reglas antes mencionadas:		<ul style="list-style-type: none"> • multa de hasta \$250,000 en el programa SNAP; • prisión durante un máximo de veinte años en el programa SNAP; y/o • reintegrar los beneficios recibidos. • Descalificación para recibir beneficios por los períodos indicados arriba para cada programa.
REGLAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA SNAP	En el caso de miembros del grupo familiar —que sean física y mentalmente aptos y tengan más de 15 y menos de 60 años de edad— que no estén exentos de otra manera o que tengan causa justificada.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: un mes y hasta que usted haga lo que corresponda. • Segunda vez: tres meses y hasta que usted haga lo que corresponda. • Tercera vez y subsiguientes: seis meses cada vez y hasta que usted haga lo que corresponda.
	Rehusarse a: <ul style="list-style-type: none"> • Participar en programas de trabajo/capacitación aprobados. • Aceptar un empleo. • Informarle a la CAO el estado laboral y la disponibilidad para el trabajo. Deliberadamente, tomar medidas para: <ul style="list-style-type: none"> • Renunciar a un empleo. • Reducir las horas de trabajo a menos de 30 por semana (a menos que otro empleo ya cumpla los requisitos de trabajo). 	



DERECHO A LA NO DISCRIMINACIÓN

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: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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; or
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

(i) La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social (SSN) de cada uno de los miembros del grupo familiar, está autorizada de conformidad la Ley de Cupones para Alimentos (en inglés, Food Stamp Act) de 1977, según se enmienda en el Título 7 del U.S.C. 2011-2036. La información se usará para determinar si su grupo familiar tiene este derecho y continúa teniéndolo para participar en el Programa SNAP. Verificaremos esta información usando programas de verificación por computadora. Esta información se usará también para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa para la administración del programa.

(ii) Esta información se divulgará a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a funcionarios de la policía para arrestar a personas fugitivas de la ley.

(iii) Si se presenta una reclamación de SNAP contra su grupo familiar, es posible que la información contenida en esta solicitud, incluyendo todos los SSN, se envíe a las agencias federales y estatales, así como a agencias de cobranza privadas, para procesos de cobro por reclamaciones.

(iv) Proporcionar la información solicitada, incluso el SSN de cada uno de los miembros del grupo familiar, es voluntario. Sin embargo, si no se proporciona un SSN, esto podría resultar en la denegación de los beneficios de SNAP a cada una de las personas que no lo proporcionen. Todos los SSN proporcionados se usarán y divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del grupo familiar.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Mantendremos la confidencialidad de su información. Se utilizará solamente para determinar los programas en los que pueda participar según su elegibilidad. Cuando se le solicite, la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO) deberá proporcionarles a los agentes de policía federales, estatales y locales la dirección, el número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) y la fotografía (si estuviera disponible) de cualquier persona que esté fugada para evitar acciones legales, arresto o encarcelamiento por haber cometido un delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional. Toda persona que intencionalmente viole cualquiera de las reglas y reglamentos de este departamento será culpable de una infracción menor y, una vez definida la condena, será sentenciada a pagar una multa que no excederá los cien dólares (\$100) o a una pena de prisión por un período que no excederá los seis meses, o ambos (Título 62 de la Ley Estatal de Pennsylvania [por sus siglas en inglés, P.S.], sección 483).

DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o interrumpimos los beneficios, le entregaremos una explicación escrita de los motivos. Usted tiene 90 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia

DERECHO DE APELACIÓN

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, DHS) para apelar una decisión que usted considere injusta o incorrecta, o si el DHS no toma medidas con relación a su solicitud de beneficios. Puede presentar la apelación ante la CAO. Si interpone una apelación, también puede solicitar una conferencia con la agencia antes de la audiencia. Si su apelación involucra beneficios de SNAP expedidos, tiene derecho a tener esta conferencia con un supervisor en un plazo de dos días hábiles. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar.

RESPONSABILIDAD DE BRINDAR INFORMACIÓN

Usted debe brindar información verídica, correcta y completa. Debe ayudar a comprobar la información que brinda. Si no proporciona determinadas pruebas, es posible que se le nieguen los beneficios. Si no puede brindar pruebas, debe solicitarle a la oficina de ayuda del condado que le ayude a obtenerlas. Si el Departamento de Servicios Humanos o la Oficina del Inspector General se comunican con usted, debe cooperar plenamente con tales individuos o investigadores.

RESPONSIBILITY TO REPORT CHANGES

Una vez que califique para los beneficios, se le requerirá que le informe al trabajador social asignado a su caso o al Centro de Atención al Cliente de todo cambio en sus circunstancias. Entre los cambios informados se incluyen la mudanza de individuos a su hogar o de él, una nueva dirección, el nuevo empleo de un individuo, la pérdida del empleo de un individuo, el nacimiento de un niño, nuevas fuentes de ingresos o cambios en los ingresos. El trabajador social asignado a su caso y los avisos que recibirá le informarán los requerimientos específicos en detalle según los programas y beneficios a los que usted tenga derecho. No informar cambios en el plazo determinado por las pautas del programa podría causar la pérdida de beneficios, sanciones o acciones civiles o penales. Puede informar cambios mediante una cuenta COMPASS o por teléfono al Centro de Atención al Cliente, al 1-877-395-8930, o, para Philadelphia, al 1-215-560-7226. También puede informar cambios a su oficina de ayuda del condado por teléfono, fax o correo electrónico.

Prohibiciones y penalizaciones Lea acerca de sus responsabilidades:



SI ESTO SUCEDE SIN CAUSA JUSTIFICADA		PUEDA PASAR ESTO (PENALIZACIÓN)
Usar indebidamente la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) o la tarjeta PA ACCESS.		Multa, prisión o ambas.
No informar cambios, según corresponda.		Se reducirán o interrumpirán los beneficios.
Deliberadamente proporcionar información que es falsa, incorrecta o incompleta, o no informar cambios.		Multa, descalificación y/o prisión por fraude a la asistencia pública, descalificación para procedimientos de audiencias administrativas. Se cancela su derecho para recibir beneficios de SNAP: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 12 meses. • Segunda vez: 24 meses. • Tercera vez: indefinidamente.
Comercializar, vender o intentar comercializar, vender o utilizar la tarjeta ACCESS de otra persona.		Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Todas las condenas judiciales: 12 meses.
Usar indebidamente los beneficios de SNAP de manera deliberada, por ejemplo, canjear, vender o comprar Tarjetas de EBT o beneficios de SNAP; convertir los beneficios; o vaciar envases o recipientes comprados con beneficios de SNAP para cobrar el depósito reembolsable — o comprar artículos que no son cubiertos por SNAP, tales como alcohol o tabaco — o usar los beneficios de SNAP para pagar alimentos que ya se recibieron o comprar alimentos a crédito.		Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 12 meses. • Segunda vez: 24 meses. • Tercera vez: indefinidamente. • Primera condena judicial de más de \$500: indefinidamente.
Comprar un producto con beneficios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles mediante la reventa del producto a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.		
Comprar intencionalmente productos que originalmente se compraron con beneficios de SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean los alimentos elegibles.		
Usar/recibir beneficios de SNAP para comprar drogas o sustancias controladas.		Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: 24 meses. • Segunda vez: indefinidamente.
Usar/recibir beneficios de SNAP en una venta de armas de fuego, municiones o explosivos.		Primera vez: no ser elegible indefinidamente.
Ser sentenciado por comprar, vender o canjear beneficios de SNAP por un total de \$500 o más.		Se cancela su derecho indefinidamente.
Mentir sobre su identidad o sobre el lugar donde vive para recibir más de un beneficio de SNAP.		Se cancela su derecho por 10 años.
Fugarse para evitar acciones legales, arresto o prisión por haber cometido un delito grave/tentativa de delito grave o violado la libertad bajo palabra o condicional.		Se cancela su derecho hasta que usted cumpla lo que exige la ley.
Si lo declaran culpable de fraude o de violar las reglas antes mencionadas:		<ul style="list-style-type: none"> • multa de hasta \$250,000 en el programa SNAP; • prisión durante un máximo de veinte años en el programa SNAP; y/o • reintegrar los beneficios recibidos. • Descalificación para recibir beneficios por los períodos indicados arriba para cada programa.
REGLAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA SNAP	En el caso de miembros del grupo familiar —que sean física y mentalmente aptos y tengan más de 15 y menos de 60 años de edad— que no estén exentos de otra manera o que tengan causa justificada.	Se cancela su derecho: <ul style="list-style-type: none"> • Primera vez: un mes y hasta que usted haga lo que corresponda. • Segunda vez: tres meses y hasta que usted haga lo que corresponda. • Tercera vez y subsiguientes: seis meses cada vez y hasta que usted haga lo que corresponda.
	Rehusarse a: <ul style="list-style-type: none"> • Participar en programas de trabajo/capacitación aprobados. • Aceptar un empleo. • Informarle a la CAO el estado laboral y la disponibilidad para el trabajo. Deliberadamente, tomar medidas para: <ul style="list-style-type: none"> • Renunciar a un empleo. • Reducir las horas de trabajo a menos de 30 por semana (a menos que otro empleo ya cumpla los requisitos de trabajo). 	



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES