



**Departamento de Servicios Humanos de Maryland  
Administración de Inversiones Familiares  
Proyecto de solicitud simplificada para ancianos**

Para ver una solicitud en línea, vaya a <https://mydhrbenefits.dhr.state.md.us>

**USO DE LA OFICINA  
SOLAMENTE**  
Fecha en que se recibió la solicitud  
firmada en el Departamento Local  
DEBE TENER SELLO CON FECHA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN  
DEL CLIENTE

Esta aplicación es utilizada para que las personas puedan solicitar beneficios SNAP en caso de que:

1. Todas las personas en el hogar tengan 60 años o más; o
2. Todos los miembros del hogar mayores de 60 años compren y preparen alimentos por separado de los otros miembros del hogar; y
3. Ningún miembro recibe ganancias del trabajo.

Puede presentar esta solicitud llenando al menos su nombre y dirección y firmando el formulario. Sin embargo, cuanto más información se proporcione, antes podremos tomar una decisión. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al número gratuito 1-800-332-6437.

**1. DIRECCION — Diga quién es y dónde vive. Asegúrese de proporcionar un número de teléfono actual.**

<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>MI</b>
<b>Numero</b>	<b>Calle</b>	<b>Apto No.</b>	<b>Piso No.</b>	<b>Número de teléfono</b>
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	<b>Código Postal + 4</b>	<b>Número de contacto durante el día</b>

**2. DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE)**

<b>Numero Calle</b>		<b>Apto No.</b>	<b>Piso No.</b>	<b>Número de teléfono</b>
<b>Apartado Postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal + 4</b>	

**3. REPRESENTANTE AUTORIZADO – Completa si desea que alguien lo represente.**

<b>Nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Jr., III, etc.</b>
<b>Numero</b>	<b>Calle</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>
<b>Número de teléfono</b>		<b>Relación contigo</b>	
<b>Marque lo que desea que haga el representante:</b>	<input type="checkbox"/> Llene la entrevista por usted <input type="checkbox"/> Reciba sus avisos <input type="checkbox"/> Firme su solicitud <input type="checkbox"/> Use su tarjeta EBT para acceder a sus beneficios de alimentos		

**4. MIEMBROS DEL HOGAR – Díganos quién vive con usted. Enumere en la primera línea.**

	Nombre (Apellido, Nombres)	¿Cómo están relacionados con usted?	Edad	Fecha de nacimiento	SEXO (M)asc. (F)em.	*Etnia	*Raza	Estado civil	Ultima calificación completada	Ciudadano de los Estados Unidos. (Si o No)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
1	PROPIO	PROPIO									
2											
3											
4											

**\*SOLO PARAFINES ESTADISTICOS POR FAVOR LLENE LOS BLOQUES DE ETNIA Y RAZA UTILIZANDO LOS SIGUIENTES CODIGOS:**

<b>Etnia:</b> 1 - Hispano o latino 2 - No hispano o latino	<b>Raza:</b> BL= Negro ° afroamericano; WH = Blanco; AS = Asiático; AI= Indio Americano/Nativo de Alaska; NH= Nativo hawaiano u otro isleño del Pacifico
--	--

¿Qué idioma habla usted/miembro del hogar?	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Es usted/miembro del hogar con discapacidad visual <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene usted/miembro del hogar con discapacidad auditiva? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**5. ESTADO DE INMIGRACIONES — Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos, rellene esta sección**

Estado del INS	Fecha de estado recientemente legalizada	Fecha de entrada a EE. UU.	Extranjero patrocinado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Número INS	País de origen		

**6. DETALLES SOBRE SU HOGAR (preguntas declarativas) – Llenar teniendo en cuenta a todos los miembros del hogar**

1. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por:
- a. ¿Un delito por ser líder de la droga a partir del 22 de agosto de 1996?  
**(Un líder de la droga, un supervisor, un financiero o un gerente que actúa como co-conspirador en una conspiración para fabricar, distribuir, ofrecer, transportar o traer al Estado una sustancia peligrosa controlada).**  
 SÍ  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
- b. ¿Un distribuidor de volúmenes de droga a partir del 22 de agosto de 1996?  
**(Distribuidor de volumen - Un individuo, que fabrica, distribuye, ofrece o posee ciertas cantidades de una sustancia peligrosa controlada).**  
 SÍ  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
2. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado después del 7 de febrero de 2014 por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de niños, agresión sexual como se define en la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994, o una ley estatal similar, y **no** cumple con los términos de su sentencia?  
 SÍ  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
3. ¿Hay alguien en su hogar que esté actualmente violando la libertad condicional o la libertad condicional o huyendo de la policía o de los tribunales?  
 SÍ  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
4. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado a partir del 22 de agosto de 1996 en una corte federal o estatal por no decir la verdad sobre dónde vivían o su identidad con el fin de recibir beneficios de suplementos alimenticios o asistencia en efectivo de más de un lugar en el mismo mes?  
 SÍ  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
5. ¿Ha condenado un tribunal a algún miembro de su hogar por comerciar o traficar con beneficios de SNAP de \$500 o más?  
 SÍ  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
6. ¿Alguien en su hogar recibe beneficios bajo otra identidad o como miembro de otro hogar o en otro estado?  
 SÍ  NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

**7. INGRESOS** -Informe sobre los ingresos que recibe su hogar. Los tipos de ingresos pueden incluir beneficios del Seguro Social, SSI, pensiones, beneficios de veteranos, manutención de niños, contribuciones en efectivo, ganancias de juegos de azar o lotería, desempleo, jubilación ferroviaria, dividendos, intereses y todo otro ingreso.

Tipo de Ingreso	¿Quién lo recibe?	Ingreso mensual bruto

**8. COSTOS DE VIVIENDA** — ¿Está pagando por alguno de los siguientes?

Gastos	Marque uno	Cantidad	¿Con qué frecuencia se paga?	¿Quién paga?	Gastos	Marque uno	Cantidad	¿Con qué frecuencia se paga?	¿Quién paga?
Alquiler	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Teléfono	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
Hipoteca	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Agua/Alcantarillado	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
Impuestos sobre la propiedad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Expensas por condominio	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
Seguro para Propietarios de Viviendas (si no está incluido en la hipoteca)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$			Electricidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
					Aceite	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
					Gas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$		
¿La calefacción está incluida en el alquiler?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Paga una factura de electricidad por luces o cocinas?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si la calefacción <b>no</b> está incluida en el alquiler, ¿cuál es su fuente de calor?					¿Paga por el aire acondicionado?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Comparte alguno de los costos de vivienda mencionados anteriormente?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Ha recibido Asistencia Energética en su dirección actual en los últimos 12 meses?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>En caso afirmativo, ¿con quién?</b>									

**Vive usted en:**  " Vivienda Pública"  Vivienda Sección 8  Vivienda FMHA 515  Vivienda Privada

**9. GASTOS** – Por favor enumere todo gasto médico de su bolsillo que esté pagando o del cual sea responsable de pagar mensualmente. El tipo de gastos médicos podría incluir: recetas, visitas al médico, facturas del hospital, seguro médico, atención a dependientes para adultos, suministros médicos, etc.

Tipo de Gasto Médico	Pagado a Monto del	Pago Mensual
		\$
		\$

10. SECCION DE FIRMA			
Certifico que la información que yo o mi representante autorizado hemos proporcionado anteriormente es verdadera de acuerdo a mi conocimiento. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Sociales haga los contactos necesarios para verificar mis declaraciones. Sé que podría ser penalizado si a sabiendas doy información falsa.			
Firma del solicitante:		Fecha:	
Representante Autorizado:		Fecha:	
Firma de dos testigos, si está firmado por y "X"	1.	2.	

## Derechos y responsabilidades

### Usted debe saber acerca de la solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (Previamente Programa de Suplemento Alimenticio)

#### Números de Seguro Social

- Debe darnos un número de seguro social para cada miembro de la familia que quiera beneficios.
- Si una persona que quiere beneficios no tiene un número de seguro social, esa persona debe solicitar un número. Podemos ayudar a los solicitantes a obtener sus números.
- Si un miembro de la familia ha solicitado un número de seguro social, no retrasaremos su solicitud mientras espera el número.
- Usamos números de seguro social para probar los ingresos. No damos números a otras agencias como Inmigración y Control de Aduanas.

#### Ciudadanía y estado migratorio

- Usted debe informarnos acerca de la ciudadanía y el estatus migratorio para cada miembro de la familia que quiere beneficios.
- Maryland utiliza el sistema de Verificación y Elegibilidad Sistemática a Extranjeros o SAVE a través del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) anteriormente conocido como Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para verificar el estado extranjero de todos los solicitantes y beneficiarios de hogares de no ciudadanos. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad y el monto del beneficio de su hogar.

#### Información

- Si un miembro de la familia no nos habla de ciudadanía, estatus migratorio o número de seguro social, esa persona no recibirá beneficios.
- Todavía deben darnos prueba de ingresos, gastos y otras cosas.
- Los otros miembros de la familia que nos dan su información obtendrán beneficios si cumplen con las reglas.

#### Asistencia médica de emergencia

- Los inmigrantes que no son elegibles para otro tipo de asistencia médica y solicitan solo asistencia médica de emergencia no tienen que decirnos su número de seguro social, inmigración o estatus de ciudadanía.

#### Límites de tiempo

- La Asistencia Temporal en Efectivo tiene límites de tiempo.
- El Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (anteriormente Programa de Suplemento Alimentario) y la Asistencia Médica no tienen un límite de tiempo.
- Cuando la Asistencia Temporal en Efectivo termina debido a límites de tiempo, ganancias u otras razones, todavía puede recibir beneficios de SNAP y Asistencia Médica.

## Entrevistas

- Usted, un miembro responsable de la familia o alguien a quien decida representarlo debe ser entrevistado.
- En la mayoría de los casos podemos entrevistarle por teléfono.
- Debe darnos o enviarnos la prueba que le pedimos en su entrevista.

## Si necesita ayuda

Si necesita ayuda, solicitar beneficios, o tiene preguntas, o necesita servicios de traducción, llame a su administrador de casos o llame al 1-800-332-6347.

Si necesita ayuda para llenar el formulario por favor llame al 1-800-332-6347.

## Derechos y responsabilidades para el Proyecto de Solicitud Simplificada de Ancianos

La Administración de Inversiones Familiares se compromete a brindar acceso y adaptación razonable en sus servicios, programas, actividades, educación y empleo para personas con discapacidades. Si necesita ayuda o necesita solicitar una adaptación razonable, comuníquese con su administrador de casos o llame al 1-800-332-6347 o llene el formulario en la página siguiente.

### Solicitar una adaptación razonable:

Si usted es una persona con una discapacidad, puede tener derecho a adaptaciones razonables para ayudarle a acceder a las actividades, programas y servicios del DHS. Esto se aplica incluso si usted está trabajando con un departamento local de servicios sociales o un proveedor que proporciona servicios para los clientes del DHS.

Una adaptación razonable es una modificación o ajuste a una actividad, programa o servicio que ayuda a una persona calificada con una discapacidad a tener acceso significativo a las actividades, programas y servicios del DHS.

### Ejemplos de adaptaciones razonables:

**Discapacidad auditiva:** brindar un intérprete de lenguaje de señas y brindar un dispositivo de escucha de asistencia.

**Discapacidad visual:** tener un lector calificado que lee a un cliente.

**Deficiencias de movilidad:** enviar formularios por correo a un cliente y hacer la reunión con un cliente en un lugar más accesible.

**Discapacidades del desarrollo:** tener cosas escritas, tomar descansos, programar citas en torno a las necesidades médicas de un cliente.

Puede solicitar una adaptación razonable al departamento local de servicios sociales o a un proveedor en todo momento. Su solicitud puede ser oral o escrita. Una solicitud de una adaptación razonable se puede hacer en persona, por escrito o por teléfono. No hay palabras en particular que deba utilizar para solicitar una adaptación. Usted o alguien que lo ayude puede solicitarla. Si necesita solicitar una adaptación razonable debido a su discapacidad, debe hablar con el administrador del caso o el supervisor o el coordinador de acceso al cliente en su departamento local. Puede solicitar al administrador de casos el nombre del Coordinador de Acceso al Cliente en su departamento local. Puede utilizar el formulario en el reverso de este aviso. También puede solicitar más información en la recepción.

1. Marque 7-1-1 o [800-735-2258](tel:800-735-2258) para iniciar una llamada TTY a través del sistema de retransmisión de Maryland.
2. El saludo escrito del operador de retransmisión de Maryland, incluido el número de identificación del operador, se mostrará en su teléfono TTY o VCO.
3. Cuando el operador haya terminado de escribir, verá las letras "GA" Esto significa "Adelante".
4. Escriba el número de la persona a la que desea llamar, junto con las instrucciones especiales de llamada. A continuación, escriba "GA".

**Solicitud de adaptación razonable**

Nombre de la persona que necesita una adaptación:	Nombre de la persona que solicita una adaptación:
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código Postal:	Número de teléfono:
Naturaleza de la discapacidad o deterioro (especificar):	
<b>Ubicación del Departamento local de Servicios Sociales :</b>	
Solicitud de adaptación (tipo de adaptación solicitada.) Por favor, imprima o escriba. Sea tan específico como le sea posible. Si es necesario adjunte páginas adicionales.	
<p><b>Nota:</b> Si solicita servicios de <b>lenguaje de señas</b>, especifique el tipo: Intérprete de lenguaje de señas americano (ASL), Intérprete certificado de sordos (CDI) o Acceso a la comunicación de traducción en tiempo real (CART).</p> <p>Presente toda información adicional que pueda ayudarnos a brindar una adaptación razonable (especificar):</p>	
<p>Firma del Cliente/Solicitante: _____ Fecha: _____</p>	
<p align="center">Devuelva este formulario al administrador de casos o al coordinador de acceso al cliente en su departamento local de servicios sociales.</p> <p align="center"><b>Sólo para uso de oficina</b></p> <p align="center">Fecha de recepción de la solicitud: Acción tomada:</p> <p align="center">_____</p>	

<hr/> <hr/>	
Firma de CAC: _____	Fecha _____

**Derechos del cliente**

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, creencia religiosa, discapacidad, edad, ideas políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación 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 ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas además de inglés.

Para presentar una denuncia por discriminación por parte del programa, complete el Formulario del USDA de Denuncia por Discriminación en el Programa (AD-3027), que se encuentra disponible en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, si llama al (833) 620-1071 o si escribe una carta al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono de quien presenta la denuncia, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con el suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse a:

**Correo:** Food and Nutrition Service,  
  
USDA 1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314

**Fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442

**Email:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

**NOTA: NO envíe sus formularios del Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés) de Maryland ni los documentos de verificación a esta dirección de correo electrónico. Usted debe enviar sus formularios del DHS de Maryland y los documentos de verificación a la dirección que figura en la carta/aviso que recibió.**

Por cualquier inconveniente, o para obtener más información sobre el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, en inglés), llame a la Línea Directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, o llame al Centro de Atención al Cliente del DHS al (800) 332-6347. También puede consultar en el sitio web del Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS, en inglés) un listado de líneas directas por estado en <http://fns.usda.gov/snap/contact/info/hotlines.htm>.

Para presentar una queja por discriminación en un programa que recibe asistencia financiera del gobierno federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), 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 (TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Derecho al aviso escrito** – Siempre debemos darle un aviso por escrito explicando sus beneficios cuando aprobemos su caso. Siempre debemos darle un aviso por escrito cuando cambiemos sus beneficios, deneguemos o cerremos su caso. Tiene 90 días a partir de la fecha de notificación para solicitar una audiencia. Si solicita una audiencia en un plazo de 10 días, es posible que pueda seguir recibiendo beneficios mientras espera la audiencia.

**Derecho a apelar**– Pida una audiencia si no está de acuerdo con la decisión del Departamento. Su administrador de casos puede ayudarle a escribir su apelación. En la audiencia, puede hablar por sí mismo o traer a un abogado, amigo o pariente para hablar por usted.

**Derecho a la Privacidad** – Usted está dando información personal en la aplicación. Usamos la información para ver si usted es elegible para recibir beneficios. Si no proporciona la información, podemos denegar su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar o corregir toda la información. No mostraremos su información ni se la daremos a otros a menos que usted nos dé permiso o la ley federal y estatal nos lo permita.

**Derecho a reclamar una buena causa** – Si desea asistencia temporal en efectivo (TCA), debe ayudar al Departamento a obtener manutención infantil. Es posible que no tenga que ayudar si lo pone a usted o a su familia en peligro.

**Derecho a rechazar ayuda** – Usted no tiene que aceptar la ayuda de una organización religiosa si está en contra de sus creencias religiosas.

**Derecho al procesamiento oportuno de la aplicación** – Si usted es elegible para los beneficios acelerados del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, debemos darle sus beneficios dentro de los 7 días. Para el SNAP regular y otros programas, excepto para ciertos programas de Asistencia Médica, debemos procesar su solicitud dentro de los 30 días. Hay ocasiones en las que hay un retraso en el procesamiento. Si hay un retraso, le enviaremos una carta para indicarle por qué hay retraso en el procesamiento de su solicitud. Si usted está encarcelado o en otra institución de este tipo y presenta una solicitud de beneficios de SNAP o asistencia en efectivo, es posible que no reciba beneficios de SNAP o efectivo hasta que sea liberado. La fecha de presentación de su solicitud de asistencia será la fecha de su liberación de la institución, si es menos de 30 días a partir de la fecha en que su solicitud firmada fue recibida en el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Los beneficios de SNAP se emiten a partir de la fecha de su lanzamiento en función de la fecha de su solicitud.

### **Autorización para recibir información de planificación familiar**

Si desea información, puede solicitar a su administrador de casos una Guía de planificación familiar. También puede ponerse en contacto con:

- el número 1-800-546-8900 si necesita ayuda para encontrar un proveedor para el control de la natalidad u organizar la atención prenatal, o
- el Centro para la Salud Materno-infantil al 410-767-6713  
<https://phpa.health.maryland.gov/mch/Pages/home.aspx>

### **Tiene las siguientes responsabilidades**

**Presentar información:** debe presentar información verdadera y completa. Es posible que deba darnos una prueba de esta información. Mantendremos esta información privada. Cualquier retraso en la provisión de la prueba puede resultar en que su caso sea retrasado o negado.

La recopilación de información de la solicitud, incluido el número de seguro social de cada miembro del hogar, está autorizada en virtud de la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008, U.S.C.2011-2036, la

Ley de Seguridad Social nro. 1137(f) y 42 U.S.C. nro. 1320b-7(d). Usamos la información para averiguar si su hogar es elegible. Comprobamos esta información haciendo coincidir los programas informáticos.

También utilizamos la información para ver si cumple con las reglas del programa. Podemos contactar a su empleador, banco u otra parte. También podemos comunicarnos con agencias locales, estatales o federales para asegurarnos de que la información sea correcta. Podemos dar su información a otras agencias federales o estatales para uso oficial y a agentes de la ley que lo necesitan para encontrar personas que huyen para evitar la ley.

**Si usted obtiene demasiado en beneficios:**

- Es posible que tenga que pagar el dinero por los beneficios, y
- Podemos dar la información de la solicitud, incluyendo números de seguridad social, a agencias federales o estatales, así como agencias privadas de cobro de reclamos, para la acción.

Dar información es voluntario. Si no nos da información como números de seguro social para todos los que quieren ayuda, podemos negar beneficios para cada persona que no da un número de seguro social. Si no tiene un número de seguro social, le ayudaremos a obtener uno.

**Cambios en el informe - Debe informar todos los cambios dentro de los 10 días a menos que sea parte del grupo de reporte simplificado del Programa de Asistencia Nutricional Suplementario (SNAP) y no esté recibiendo Asistencia en Efectivo o Asistencia Médica.** Si quieres saber si eres parte de este grupo, pregúntale a tu administrador de casos. Puede informarnos sobre cualquier cambio en persona, por teléfono o por correo al Departamento.

**Nota:** Para todos los clientes de SNAP, incluidos los que brindan informes simplificados:

1. Si recibe ganancias de lotería/juegos de azar por un monto igual o superior a \$3,500, debe informar la cantidad y la fecha en que recibió las ganancias al departamento local dentro de los 10 días.
2. Si usted es un adulto capaz sin dependientes (ABAWD) y sus horas de trabajo disminuyen por debajo de 80 horas al mes, debe reportar el cambio al departamento local dentro de los 10 días.

**Advertencia – Podemos negar, reducir o detener sus beneficios si nos da información incorrecta o no informa cambios. Un juez puede multarlo y/o encarcelarlo si deliberadamente da información incorrecta o no informa cambios.**

### **Requisitos de trabajo para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria**

Las personas que soliciten o reciban beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) deben conocer y comprender la siguiente información sobre el registro de trabajo y los requisitos de trabajo del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Los requisitos de trabajo de SNAP están cubiertos por la ley federal en 7 CFR 273.24.

Todas las personas mayores de 18 años deben estar inscritas para trabajar a menos que estén exentas de otra manera, porque sean: mayores de 60 años, estén cuidando a un niño menor de 6 años que vive en su hogar, solicitaron o reciben prestaciones de desempleo, estén trabajando por cuenta propia un mínimo de 30 horas o más por semana al equivalente del salario mínimo federal, estén asistiendo a una escuela o institución reconocida de educación superior al menos a medio tiempo, o la persona no esté mental o físicamente apta para el trabajo. El registro laboral no es lo mismo que la participación.

A partir del 1 de enero de 2016, las personas capaces sin dependientes (ABAWDS), de entre 18 y 50 años, que no estén exentas para el registro laboral en virtud de una de las razones anteriores o que no residan en un área que se designa como exenta, están obligadas a estar inscritas en el trabajo y



participar en un programa de trabajo /actividad o ser empleadas.

Estas personas conocidas como ABAWDS solo pueden recibir beneficios de SNAP durante tres meses en un período fijo de 36 meses a menos que la persona esté empleada o participe en una actividad laboral o educativa aprobada un mínimo de 80 horas al mes. Es posible que la persona no reciba beneficios de SNAP de nuevo hasta que cumpla con los requisitos de trabajo. Recibirá información adicional del administrador del caso y la información está disponible en el sitio web del DHS en: <http://dhs.maryland.gov/food-supplement-program/able-bodied-adults-without-dependents-abawds/>.

**Representantes Autorizados** – En la mayoría de los casos, si su representante autorizado nos da información incorrecta, tendrá que devolver toda cantidad que se le pague en exceso.

Si su representante autorizado a sabiendas nos da la información incorrecta o no utiliza sus beneficios correctamente, podemos descalificar a la persona de ser un representante autorizado y procesarla por fraude bajo la ley estatal y federal.

Si un centro de tratamiento de drogas y alcohol o un alojamiento grupal actúa como su representante autorizado para sus beneficios alimenticios y nos da intencionalmente información incorrecta sobre su situación, podemos procesarlo bajo la ley estatal o federal aplicable.

### **Sanciones del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria y TCA**

#### **No:**

- Presente información falsa o retenga información para obtener o continuar recibiendo beneficios de TCA y/o SNAP.
- Opere o venda beneficios de TCA o SNAP, o tarjetas de beneficios electrónicos.
- Use TCA y SNAP o tarjetas electrónicas de beneficios para comprar artículos no permitidos, como alcohol y tabaco o para pagar en cuentas de crédito.
- Use los beneficios de TCA o SNAP de otra persona.
- Utilice la Tarjeta electrónica de beneficios de otra persona sin autorización.
- Utilice su tarjeta EBT con beneficios de TCA en una licorería, un lugar de entretenimiento para adultos, como un club de striptease o en un establecimiento de juegos de azar como un casino.

Sus beneficios de SNAP no aumentarán si su asistencia en efectivo se reduce o se cierra porque no siguió las reglas.

Si un miembro del hogar rompe deliberadamente las reglas, podemos excluir a la persona de los beneficios TCA o SNAP.

- Podemos excluir a esta persona durante un año después de la primera infracción.
- Podemos excluir a esta persona por dos años:
  - Después de la segunda violación, o
  - Después de la primera vez que un tribunal encuentra a esta persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o SNAP.
- Podemos excluir a esta persona permanentemente:
  - Después de la tercera infracción;
  - Después de la segunda vez que un tribunal encuentre a una persona culpable de comprar drogas ilegales con beneficios de TCA o SNAP;

- Después de la primera vez que un tribunal encuentre a esta persona culpable de comprar armas, balas o explosivos, con beneficios de TCA o SNAP; O
- Después de que un tribunal encuentre a esta persona culpable de tráfico TCA o SNAP beneficios de \$500 o más.
- Podemos excluir a esta persona durante 10 años si es encontrada culpable de hacer una declaración falsa sobre su identidad para recibir múltiples beneficios al mismo tiempo.

Un juez también puede multar a esta persona hasta \$250,000, encarcelarla por hasta 20 años, o ambos. Un juez también puede solicitar a esta persona 18 meses adicionales. También puede tener que enfrentar un mayor procesamiento bajo otras leyes federales.

### **Tarjeta SNAP/EBT: Reemplazos de tarjetas múltiples**

Las personas que soliciten cuatro o más tarjetas de Independence de reemplazo en un año pueden ser remitidas a la Oficina del Inspector General para la investigación de tráfico de prestaciones.

### **LEA ANTES DE FIRMAR**

Entiendo que es importante dar información verdadera y si no lo hago, estoy violando la ley.

Entiendo que puedo ser multado, encarcelado o reducirse mis beneficios por hacer declaraciones falsas o por pretender ser otra persona.

Sé que puedo ser castigado por no informar cambios que puedan afectar mi elegibilidad o monto de beneficio.

Entiendo que si obtengo más beneficios de SNAP de los que debería, todos los miembros adultos de mi hogar son responsables de pagar la deuda.

Sé que el Departamento puede usar la solicitud en mi contra en un tribunal para el fraude.

Sé que no informar o verificar los gastos de vivienda, cuidado médico o dependiente o pagos de manutención infantil es lo mismo que decir que no quiero una deducción por los gastos que no verifiqué ni informé.

Entiendo que el Departamento puede verificar la información en este formulario para ver si es correcta y puede seleccionar mi caso para una verificación puntual, como para una Revisión de Control de Calidad.

Estoy de acuerdo en permitir que alguien del Departamento me visite en casa. Les ayudaré a obtener todas las pruebas necesarias de cualquier fuente.

### **SECCIÓN DE FIRMAS**

Entiendo que, como lo exige la ley de Maryland, ciertas agencias policiales que investigan el fraude pueden obtener información sobre mi solicitud, ingresos, beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Si bien el acceso a mi solicitud y a mi información sobre beneficios es normalmente limitado (en virtud del Artículo de Servicios Humanos del Código Md. 1-201), estos límites no se aplican a estos organismos de investigación. Tales agencias incluyen la Oficina del Inspector General del Departamento de Servicios Humanos. Entiendo que no necesito dar mi consentimiento a estas agencias para que investiguen toda acusación de fraude en mi contra. Cualquier información encontrada como resultado de la investigación puede ser utilizada en mi contra si una acusación de fraude es procesada.

He leído o alguien me ha leído y explicado toda la solicitud. Juro o afirmo bajo pena de perjurio, que toda la información que di es verdadera, correcta y completa de acuerdo a mi capacidad,

creencia y conocimiento. Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades. Autorizo a toda persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental a que conozca los hechos sobre mi elegibilidad para dar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a ponerse en contacto con toda persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya dado prueba de mi elegibilidad para recibir beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, que al firmar mi nombre a continuación, todas las personas para las que estoy solicitando son ciudadanos estadounidenses, inmigrantes legalmente admitidos o individuos en un estatus migratorio satisfactorio.

Firma del solicitante/destinatario		Fecha
Firma del testigo (si firmó una X)		Fecha
Firma del cónyuge (si corresponde)		Fecha
Firma del representante autorizado (si corresponde)		Fecha
Firma del administrador de casos		Fecha



**Quiero retirar esta solicitud. NO QUIERO SOLICITAR BENEFICIOS DE ASISTENCIA DE NUTRICION SUPLEMENTARIA**

Firma del solicitante/destinatario		Fecha
Firma del testigo (si firmó una X)		Fecha
Firma del cónyuge (si corresponde)		Fecha
Firma del representante autorizado (si corresponde)		Fecha
Firma del administrador de casos		Fecha

