|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Departamento de Servicios Humanos de Tennessee**  **Solicitud de Asistencia Familiar** | Indique si necesita ayuda con este formulario debido a que tiene alguna discapacidad o no habla inglés, tenemos asistencia gratuita disponible. Comuníquese con el Centro de Servicio de Asistencia Familiar al número 866-311-4287 y/o al número de TTY al 711. Si padece de alguna discapacidad y no puede acudir a nuestra oficina, podemos llamarle o visitarle. Idioma principal/preferido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTA CASILLA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL TDHS** | **Aceptaremos su solicitud con solo su nombre, domicilio y firma.** Pero, cuanta más información nos dé, más rápido podremos determinar si puede recibir ayuda. Si es aprobado, sus beneficios comenzarán a partir de la fecha en que recibamos la solicitud. En la mayoría de los casos, tendrá que hablar con un empleado del DHS para completar el proceso de la solicitud.  Podrá recibir SNAP o Cupones para Alimentos en 7 días si:   1. El ingreso mensual de su núcleo familiar es menos de $150, y actualmente tiene recursos de $100 o menos. 2. Su costo de vivienda (y los servicios públicos) es mayor que su ingreso mensual y sus ahorros. 3. Realiza trabajo agrícola por temporada o migratorio. |
| Número de caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de recibo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si tiene una discapacidad que le dificulte llenar o entender esta solicitud, podemos ayudarle. Si no puede acudir a nuestra oficina, podemos llamarle o visitarle. Los clientes pueden presentar una solicitud para beneficios y documentos de certificación a su oficina del condado por correo, por fax al 615-313-2360, entrega a mano, o pueden presentar una solicitud en línea en https://faonlineapp.dhs.tn.gov/. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido)** | | **La solicitud que presento es para:**  **\_\_\_ Families First (Familias Primero) \_\_\_ SNAP/Cupones para Alimentos** | | |
| **Dirección domiciliaria** | | Es posible que le llamemos al número de teléfono de su casa o a su celular para recordarle de su cita. Si no responde, le dejaremos un mensaje. | | |
| **Ciudad Estado Código postal** | | **Teléfono de la casa** | **Teléfono del trabajo** | **Teléfono celular/otro** |
| **Dirección postal (si no es la misma que la anterior)** | | Usamos los Números de Seguridad Social para comprobar su identidad. También los usamos para asegurarnos de que reciba el importe correcto de ayuda, cambiar dicho importe, revisar registros de computadora y del gobierno y asegurarnos de que reúne los requisitos. Verificamos los registros de Seguridad Social, IRS y empleo. Es posible que verifiquemos los registros de Inmigración y Naturalización (USCIS). Si esos registros no coinciden con lo que usted ha informado, ello podría afectar el que reciba ayuda y cuánto reciba en dinero en efectivo o en cupones de alimentos. Si proporciona intencionalmente información incorrecta para obtener ayuda, puede ser enviado a la cárcel. | | |
| **Ciudad Estado Código postal** | |
| **Dirección de correo electrónico** | Proporcionar información sobre la Raza/el Grupo Étnico ayuda a mostrar si Tennessee cumple con las leyes de derechos civiles.  Use los siguientes códigos para indicar la raza: **W** = Blanco/Caucásico, **B** = Negro/Afroamericano, **A** = Asiático, **H** = Originario de Hawái/Islas del Pacífico, **I** = Indígena estadounidense/Nativo de Alaska **(Su núcleo familiar no tiene que dar esta información y ello no afectará su elegibilidad o nivel de beneficios).**  **Estado civil:** Utilice las siguientes categorías para cada miembro adulto del núcleo familiar: **casado, soltero, divorciado, viudo, separado** | | | |
| ¿Es usted una persona sin hogar o desposeída? ( ) Sí ( ) No  ¿Necesita una tarjeta EBT? ( ) Sí ( ) No |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enumere a todas las personas de su núcleo familiar (incluido Ud.)**  Para añadir más personas, adjunte otra solicitud u otra hoja de papel | | **¿Esta persona desea solicitar beneficios? (Sí/No)** | (**NO** es necesario si la persona no desea recibir beneficios)  Para más información, consulte la página 1 de la Declaración de Entendimiento | | | | **Sexo**  **(M/F)** | | **(Opcional)**  **Marque la casilla si es Hispano/**  **Latino** | | **(Opcional)**  **Raza**  **(ver arriba)**  **Anote todas las que correspondan** | | **Estado civil**  **(ver arriba)** | **Fecha de nacimiento** | | **Marque la casilla si la persona está embarazada** | **Marque la casilla si la persona está discapacitada** |
| **Número de Seguridad Social** | | | **Marque la casilla si es ciudadano de EE.UU.** |
|  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| Juro, bajo pena de perjurio (delito por mentir bajo juramento) y de todas las demás sanciones aplicables, que las declaraciones hechas en esta solicitud, en todos los anexos y a todas las personas que me entrevistaron, son verdaderas y correctas. Todas las personas que presentan la solicitud o reciben ayuda son ciudadanos de EE.UU., extranjeros legales o inmigrantes elegibles. Entiendo y estoy de acuerdo con las normas y la información que se me proporcionó. Si se me solicita, proporcionaré información que compruebe mi declaración u otorgaré permiso al TDHS para obtener comprobantes. Entiendo que tengo que informar de todo cambio tal y como lo indique el TDHS. **Entiendo que la información que proporcione estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si dicha información es real.**  **Autorización:** Es posible que el estado de Tennessee o sus empleados necesiten comprobar que la información que proporcioné es verdadera. Con mi firma en este documento, acepto que se obtenga dichos comprobantes. Esto les permitirá decidir si puedo recibir Cupones para Alimentos o Familias Primero. También afirmo que leí y comprendí la Declaración de Entendimiento.  **Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Testigo (si se ha firmado con X): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Tutor legal o representante autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ESTA CASILLA es para Familias Primero únicamente: Autorización para la divulgación de registros de asistencia escolar**  Yo (el cliente) autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo a que entreguen los registros de asistencia escolar de los menores incluidos en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos registros, incluidos los números de seguridad social, para ayudarme a satisfacer mis obligaciones de Families First. Los registros serán destruidos cuando ya no sean necesarios.  **Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | **Se compartirá mi información con el programa Books from Birth, a menos que yo me niegue a ello.**  **Marque aquí si se deniega \_\_\_.**  **¿Está dispuesto a cumplir con el servicio de manutención infantil? (para FF solamente)**  **Sí\_\_\_\_ o No\_\_\_\_** | | | **¿Le gustaría recibir una copia de su solicitud completada?**  **\_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_ No**  **De ser así, ¿prefiere una copia impresa o una copia electrónica?**  **\_\_\_\_\_Copia impresa**  **\_\_\_\_\_Copia electrónica** | | | | **Sus beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos podrían cesar si usted:**  \*Proporciona información incorrecta u oculta datos para obtener beneficios de SNAP;  \*Usa la Tarjeta de Seguridad para Beneficios de otra persona sin su permiso;  \*Usa los beneficios de SNAP para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón o para pagar cuentas de crédito.  **Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos:**  Durante 1 año la primera vez; durante 2 años la segunda vez; y permanentemente la tercera vez.  **Si intercambia beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por drogas, puede ser suspendido:**  Durante 2 años la primera vez; y permanentemente la segunda vez.  **Será suspendido permanentemente del Programa de SNAP/Cupones para Alimentos si se le declara culpable de:**  \*Intercambiar beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos, o por sustancias controladas (drogas ilícitas);  \*Vender beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por un valor de $500 o más.  **No proporcione información incorrecta acerca de su identidad o de dónde vive para recibir beneficios múltiples de SNAP/Cupones para Alimentos. Dar información incorrecta puede impedir que reciba SNAP/Cupones para Alimentos durante 10 años.**  **Sentencias Federales y/o Estatales:**  ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido declarado culpable de recibir Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, Temporary Assistance for Needy Families; beneficios de dinero en efectivo) o beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos en dos o más estados al mismo tiempo? Sí\_\_ No\_\_  ¿Alguien ha usado fondos de TANF en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salones de póker, negocios de entretenimiento para adultos, salones de bingo, hipódromos, pistas de carreras, y/o tiendas minoristas autorizadas cuyas ventas principales son los productos del tabaco como tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos, pipas, y otros accesorios para fumadores? (para TANF solamente)  Sí \_\_\_ No\_\_\_  ¿Usted o alguien en su unidad familiar ha sido declarado culpable de comprar o vender beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por más de $500? Sí \_\_\_No\_\_\_  ¿Usted o alguien de su unidad familiar ha sido declarado culpable de un delito mayor debido a comportamiento relacionado con la posesión, el uso o distribución de una sustancia o droga controlada después del 22 de agosto de 1996 (SNAP/Cupones para Alimentos y TANF)? Sí \_\_\_No\_\_\_  ¿Usted o algún miembro de su núcleo familiar se está ocultando o es prófugo de la ley para evitar ser procesado, arrestado, o llevado a la cárcel por un delito mayor o intento de cometer un delito mayor, o por infringir una condición de su libertad condicional o libertad bajo palabra?  Sí \_\_\_No\_\_\_  ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido declarado culpable de intercambiar beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por drogas o sustancias controladas? Sí \_\_\_No\_\_\_  ¿Alguna de las personas incluidas en la solicitud ha recibido SNAP/Cupones para Alimentos y TANF de algún otro estado en los últimos 30 días? Sí \_\_\_No\_\_\_ | | | | | |
| **Entiendo que puedo tener uno o dos representantes autorizados para:**  solicitar estos beneficios en mi nombre: SNAP/Cupones para Alimentos ( ); Familias Primero ( )  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ usar mis beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos en mi nombre ( ); usar mis beneficios de Familias Primero en mi nombre ( )  solicitar estos beneficios en mi nombre: SNAP/Cupones para Alimentos ( ); Familias Primero ( )  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ usar mis beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos en mi nombre ( ); usar mis beneficios de Familias Primero en mi nombre ( ) | | | | | | | | | | | |
| **Registro de electores**  ¿Está usted registrado para votar donde vive actualmente? ( ) Sí ( ) No  ¿Le gustaría registrarse para votar? ( ) Sí ( ) No  ¿Desea que el TDHS le envíe por correo un formulario para registro de electores? ( ) Sí ( ) No  **Los beneficios que pueda recibir del TDHS no cambiarán si se registra o no para votar, y ello tampoco impide que solicite beneficios.** | | | | | | | | | | | |
| **En las siguientes casillas, proporcione información acerca de los INGRESOS de su núcleo familiar.** Los ingresos incluyen, entre otros, el ingreso por trabajo como empleado o por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios por discapacidad, Seguridad Social/SSI, Indemnización laboral, beneficios por Desempleo, pensiones, subsidios e ingresos devengados por intereses. | | | | | | | | | | | |
| **Persona que percibe ingresos**  **impuestos/gastos** | **Fuente de ingresos (tales como empleo, Seguridad Social, manutención infantil)** | | | | | | **Cantidad mensual antes de los impuestos/gastos** | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |
| **Indique cualquier Recurso del núcleo familiar (dinero en efectivo, cuentas bancarias corrientes, de ahorros o de otros tipos, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuales, cuentas para jubilación, fondos fiduciarios, rentas vitalicias u otros bienes líquidos)**  **Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Valor: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valor: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valor: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valor: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | |
| **Cualquier miembro que intencionalmente incumpla cualquiera de las normas, puede ser descalificado del programa de SNAP/Cupones para Alimentos durante un período que puede ser desde un año hasta de por vida, o multado hasta un máximo de $250,000 o sentenciado con pena de cárcel de hasta 20 años o ambos. Dicho miembro podrá también ser objeto de procesamiento penal bajo otras leyes Estatales o Federales que correspondan. Dicho miembro podrá ser descalificado del programa de SNAP/Cupones para Alimentos durante 18 meses adicionales si así lo ordena el tribunal. No intercambie ni venda las tarjetas de EBT, ni utilice la tarjeta de otra persona.** | | | | | | | | | | | |
| **Si tiene entre 18 y 24 años de edad, ¿alguna vez ha estado bajo la custodia del estado cuando era menor de edad?  Sí\_\_\_ No\_\_\_**  **Gastos de Cuidado infantil**  Cantidad pagada por semana: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del proveedor de cuidado infantil:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Costos de vivienda**  Alquiler / Hipoteca (marque uno con un círculo)  Cantidad mensual: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Gas/Electricidad $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al mes  Teléfono $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al mes | | | | | | **Gastos médicos**  Indique los gastos médicos recurrentes, tales como recetas o primas de seguros. Esto puede ayudarle a obtener más Cupones para Alimentos si es una persona anciana o discapacitada.  Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al mes  Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al mes | | | | | **Manutención Infantil pagada**  Si por ley tiene que pagar manutención infantil a o para un hijo o más, indíquelo aquí:  Hijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_ al mes  Hijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_ al mes | | |
| Se le prohíbe a TDHS discriminar debido a su raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos por creencias religiosas o políticas. El Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA) también prohíbe que se discrimine debido a su raza, color, país de origen, sexo, creencia religiosa, discapacidad, edad, ideas políticas o represalias o intimidación por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o subvencionada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para recibir información de los programas (por ejemplo, en Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje por señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron su solicitud de beneficios. Las personas sordas o con dificultades auditivas o alguna discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339. También es posible que haya disponible información adicional acerca del programa en otros idiomas aparte del idioma inglés. Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, (AD-3027), que puede encontrar en internet en: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o envíe una carta al USDA e indique en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario de queja completado o su carta al USDA: (1) por correo a: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 (2) por fax: (202) 690-7442; o (3) por correo electrónico a: program.intake@usda.gov. Para cualquier otra información relacionada con problemas concernientes al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), la persona se puede comunicar con la Línea directa de SNAP del USDA llamando al (800) 221-5689, que también funciona en español. Puede también llamar a los números de Información del estado/Líneas directas (haga clic en el enlace para ver la lista de números de líneas directas por estado); que se encuentra en línea en: <http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm>. Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera del gobierno federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), dirija su correspondencia 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. También puede dirigirse a: Tennessee Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, James K. Polk Building, 505 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700. | | | | | | | | | | | | | | | | | |