|  |  |
| --- | --- |
|  | **Departamento de Servicios Humanos de Tennessee**  **Solicitud de Asistencia Familiar** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTE CASILLERO ES PARA USO EXCLUSIVO DEL DHS** | **Aceptaremos su solicitud con solo su nombre, domicilio y firma.** Pero, cuanta más información nos dé, más rápido veremos si puede recibir ayuda. Si se le aprueba, 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 solicitud.  Podrá recibir SNAP o Cupones para Alimentos en 7 días si es que:   1. El ingreso mensual de su unidad familiar es menor que $150, y ahora tiene recursos de $100 o menos. 2. Su costo de albergue (más servicios públicos) es mayor que su ingreso mensual más ahorros. 3. Ud. realiza trabajo agrícola por temporada o migratorio. |
| Número de caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de recibo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si Ud. presenta una discapacidad que le dificulte llenar o entender esta solicitud, podemos ayudarle. Si Ud. no puede acudir a nuestra oficina, podemos llamarle o visitarle. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | | **Estoy presentando una solicitud para:  \_\_\_ Families First (Familias Primero) \_\_\_ SNAP/Cupones para Alimentos** | | |
| **Domicilio del hogar** | | Es posible que le llamemos al número de su casa o a su celular para recordarle una cita. Si no responde, le dejaremos un mensaje. | | |
| **Ciudad Estado Código postal** | | **Teléfono en casa** | **Teléfono en el trabajo** | **Teléfono celular/otro** |
| **Dirección postal (si es diferente)** | | Nosotros usamos los Números de Seguridad Social para verificar su identidad, y para asegurarnos que Ud. reciba el importe correcto de ayuda, para cambiar dicho importe, para revisar otros registros de computadora y del gobierno y para asegurarnos de que Ud. reúne los requisitos. Verificamos los registros de Seguridad Social, IRS y empleo. Podemos revisar Registros de Inmigración y Naturalización. Si esos registros no coinciden con lo que Ud. menciona, ello podrá afectar el que Ud. reciba ayuda y cuánto reciba en dinero en efectivo o en Cupones para Alimentos. Si proporciona información incorrecta a propósito para obtener ayuda, Ud. puede ser enviado a la cárcel. | | |
| **Ciudad Estado Código postal** | |
| ¿Necesita un intérprete? ( ) Sí ( ) No  De ser “sí”, ¿para qué idioma? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | El proporcionar información sobre Raza/Grupo Étnico ayuda a mostrar si es que el Estado está cumpliendo con las leyes de derechos civiles.  Por favor, use lo siguiente 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 **(No se requiere que su unidad familiar nos dé esta información y ello no afectará su elegibilidad o nivel de beneficios).**  **Estado Civil:** Utilice las líneas siguientes para cada miembro adulto de la unidad familiar: **casado, soltero, divorciado, viudo, separado** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enumere a todos en su unidad familiar**  **(incluido Ud.)**  Para añadir más personas, adjunte otra solicitud u otra hoja de papel | | **¿Está solicitando beneficios esta persona? (Sí/No)** | (NO se necesita si la persona no desea recibir beneficios)  Para más información, consulte la página 1 de la Declaración de Entendimiento | | | | **Sexo**  **(M/F)** | **(Opcional)**  **Marque el recuadro si es Hispano/**  **Latino** | | **(Opcional)**  **Raza**  **(ver arriba)**  **Anote todas las que correspondan** | | **Estado Civil**  **(ver arriba)** | **Fecha de Nacimiento** | | **Marque el recuadro si la persona está embarazada** | **Marque el recuadro si la persona está discapacitada** |
| **Número de Seguridad Social** | | **Marque el recuadro 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 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 proporcionaron. Si se me solicita, proporcionaré información que compruebe mi declaración u otorgaré permiso al DHS para obtener comprobantes. Entiendo que tengo que informar de todo cambio como me lo indique el DHS.  **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 esa comprobación. 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 una X): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Custodio legal o representante autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ESTE RECUADRO es para Familias Primero únicamente: Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar**  Yo (cliente) autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo a que entreguen los expedientes 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, incluyendo los números de seguridad social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones de Familias Primero. Los registros serán destruidos cuando ya no se necesiten.  **Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | **Sus beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos podrían cesar si Ud.:**  \*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, Ud. no recibirá beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos:**  La primera vez por 1 año; la segunda vez por 2 años; y la tercera vez permanentemente.  **Si intercambia beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por drogas, puede ser suspendido:**  La primera vez por 2 años; y la segunda vez permanentemente.  **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 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 por 10 años.**  **Sentencias Federales y/o Estatales:**  ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido hallado 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 o circuitos de carreras, 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\_\_  ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido sentenciado por comprar o vender beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por más de $500? Sí\_ No\_\_  ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido sentenciado por un delito mayor debido a comportamiento relacionado con la posesión, uso o distribución de una sustancia o droga controlada después del 22 de agosto de 1996 (SNAP/Cupones para Alimentos y TANF)? Sí\_\_ No\_\_  ¿Se halla Ud. o algún miembro de su unidad familiar ocultándose o prófugo de la ley para evitar ser procesado, arrestado, o llevado a la cárcel por un delito mayor o intento de delito mayor, o por infringir una condición de libertad bajo palabra o probatoria?  Sí\_\_ No\_\_  ¿Ha sido Ud. o algún miembro de su unidad familiar sentenciado por intercambiar beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por drogas o sustancias controladas?  Sí\_\_ No\_\_ | | | | | |
| **Entiendo que puedo tener uno o dos representantes autorizados:**  puede solicitar estos beneficios en mi nombre: SNAP/Cupones para Alimentos ( ); Familias Primero ( )  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ puede usar mis beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos ( ) a nombre mío; puede usar mis beneficios de Familias Primero ( ) a nombre mío  puede solicitar estos beneficios en mi nombre: SNAP/Cupones para Alimentos ( ); Familias Primero ( )  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ puede usar mis beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos ( ) a nombre mío; puede usar mis beneficios de Familias Primero ( ) a nombre mío | | | | | | | | | | |
| **Registro de Electores**  ¿Está Ud. registrado para votar en donde vive actualmente? ( ) Sí ( ) No  ¿Quisiera registrarse para votar? ( ) Sí ( ) No  ¿Desea que el DHS le envíe por correo un formulario para registro de electores? ( ) Sí ( ) No  **Los beneficios que Ud. pueda recibir del DHS no cambiarán ya sea que se registre o no se registre para votar.** | | | | | | | | | | |
| **En los siguientes recuadros, proporcione información acerca de los INGRESOS de su unidad familiar.** Ingresos incluyen, entre otros, el ingreso por trabajo como empleado o por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios por discapacidad, Seguridad Social/SSI, Compensación de Trabajadores, beneficios por Desempleo, pensiones, subsidios e ingresos devengados por intereses. | | | | | | | | | | |
| **Persona que percibe los ingresos**  **impuestos/gastos** | **Fuente de ingresos (tales como empleo, Seguridad Social, manutención infantil)** | | | | | **Cantidad mensual antes de impuestos/gastos** | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | |
| **Enumere cualquier Recurso de la unidad 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 desde un año y hasta para siempre, o multado hasta un máximo de $250,000 o sentenciado con pena de cárcel de hasta 20 años o ambos. Él o ella podrá también ser objeto de procesamiento penal bajo otras leyes Estatales o Federales que correspondan. Él o ella podrá ser descalificado(a) del programa de SNAP/Cupones para Alimentos durante 18 meses adicionales si es que así lo ordena el tribunal. No intercambie ni venda las tarjetas de EBT, ni utilice la tarjeta de otra persona.** | | | | | | | | | | |
| **Si Ud. tiene entre 18 y 24 años de edad, ¿ha estado alguna vez bajo la custodia del estado cuando era menor de edad?  Sí\_\_ No\_\_**  **Gastos por Cuidado de Niños**  Cantidad pagada por semana: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del proveedor de cuidado de niños:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Costos por Albergue**  Alquiler / Hipoteca (encierre uno en un círculo)  Cantidad mensual: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Gas/Electricidad $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al mes  Teléfono $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al mes | | | | | **Gastos Médicos**  Enumere gastos médicos recurrentes, tales como recetas o primas de seguros. Esto puede ayudarle a obtener más Cupones para Alimentos si es que Ud. es una persona anciana o discapacitada.  Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al mes  Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al mes | | | | | **Manutención Infantil pagada**  Si Ud. paga manutención infantil por un hijo o hijos, por obligación legal, indíquelo aquí:  Hijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_ al mes  Hijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $\_\_\_\_\_\_ al mes | | |
| Se le prohíbe a esta institución discriminar debido a su raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo, y cuando corresponda, por ideas políticas o religiosas. El Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés) 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 norteamericano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron su solicitud de beneficios. Las personas sordas o que tienen dificultades auditivas o alguna discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339. 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, que puede hallarlo en línea en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Envíenos su formulario de queja completado o su carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (Voz) o al (202) 619-3257 (TTY). Las personas sordas, que tienen dificultades auditivas o alguna discapacidad del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) llamando al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (Español). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. También puede escribir a Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Office, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700. | | | | | | | | | | | | | | | | |