



Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur

SOLICITUD DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) SOLICITUD DE PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) SOLICITUD DE ASISTENCIA CON DINERO EN EFECTIVO PARA REFUGIADOS (RCA)

¿Necesita ayuda para llenar esta solicitud debido a una discapacidad? ¿Necesita un intérprete?
¿Necesita materiales traducidos? Si así es, por favor pida ayuda en su oficina local del DSS.
Para obtener la dirección o el número telefónico de su oficina local, llame gratis al 1-800-616-1309 o visite el sitio de internet www.dss.sc.gov.

Fraude

- **La información que da al DSS puede ser verificada por oficiales federales, estatales o locales para determinar si la misma es correcta.**
- **Si se descubre que la información proporcionada al DSS para los programas de TANF o SNAP es incorrecta, es posible que su caso sea negado o cerrado.**
- **Bajo las leyes federales y estatales, se puede estar sujeto a procesamiento por dar información incorrecta.**

Números del Seguro Social – Ciudadanía – Estatus Migratorio

Solicitantes del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP):

- Debe proporcionar o solicitar un número de Seguro Social (SSN) y ciudadanía/estatus migratorio para **todos** los familiares para quien desea solicitar beneficios en efectivo o beneficios de SNAP. El estatus migratorio puede estar sujeto a verificación por parte del Servicio de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés). El número de seguro social no es necesario para presentar una solicitud para el Programa de Asistencia con Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA por sus siglas en inglés), la persona refugiada puede proporcionar una copia del SS-5 hasta que reciba la tarjeta.
- No se brindarán beneficios a personas que no proporcionen o muestren prueba de la solicitud de su número de seguro social y ciudadanía/estatus migratorio.
- El número de seguro social no es necesario para personas que no solicitan beneficios o que no llenan los requisitos para recibir SNAP o beneficios en efectivo. Sin embargo se debe proporcionar el comprobante de ingreso de **todos** los miembros del grupo de beneficiarios de SNAP y TANF.
- Si necesitamos información sobre una persona de quien usted no proporcionó información, un trabajador del DSS se pondrá en contacto con usted para hablar sobre los requisitos.
- El DSS no comparte con el Departamento de Seguridad Nacional (US Department of Homeland Security) los números de seguro social (SSN por sus siglas en inglés) ni el estado de ciudadanía/inmigración de personas que no estén solicitando ni de los que son inelegibles para beneficios.
- El DSS utilizará los números de Seguro Social en el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad y de verificaciones computarizadas y revisiones programáticas. En el caso de que se encuentren discrepancias, puede que esta información se verifique a través de otras fuentes y además es posible que afecte a la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DE USDA-HHS

Esta institución tiene prohibido la discriminación basada en raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos también prohíbe la discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, convicciones políticas, así como represalias o retaliaciones por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo: Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339. Adicionalmente, puede que se ponga a disposición información del programa en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del 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 escriba una carta dirigida a USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta al USDA a través de:

- (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; o
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para cualquier otra información que se trate de asuntos relacionados con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés), las personas se deben comunicar con la línea de ayuda del USDA SNAP al (800) 221-5689, también disponible en español, o llamar a los números de Información Estatal/Línea de Ayuda (haga clic en el enlace para una lista de números de líneas de ayuda por estado); se encuentra en el internet en www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que reciba asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TDD).

Esta institución es una proveedora que ofrece igualdad de oportunidades.

También puede presentar una queja de discriminación comunicándose con el DSS. Escriba a: DSS Office of Civil Rights, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520; o llame al (800) 311-7220 o al (803) 898-8080 o TDD: (800) 311-7219.

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Asistencia con Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA) y Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Confidencialidad

- La información que usted le dé al DSS se mantendrá confidencial.
- Excepciones:**
1. Se puede revelar información a otras agencias federales y estatales para una inspección oficial y también a oficiales de las autoridades policiales con el propósito de detener a prófugos delincuentes o a personas que no hayan cumplido con las condiciones de libertad condicional.
 2. Usted acepta que cualquier información confidencial sobre usted y/o su familia puede ser divulgada a otras organizaciones si está directamente relacionada con el funcionamiento de TANF, RCA, y SNAP.

Números de Seguro Social

Para recibir beneficios de TANF, SNAP, y otros programas:

- Se debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés) para las personas que quieran recibir beneficios de TANF y/o SNAP. Aunque no se necesita el número de seguro social de personas que no soliciten beneficios o quienes no cumplan con los requisitos de TANF o SNAP, se debe incluir información sobre los ingresos de todos los miembros de la Unidad Familiar (HH) / Grupo de Beneficiarios (BG).
- Si el DSS necesita el número de seguro social de una persona de quien usted no proporcionó información, un trabajador del DSS se pondrá en contacto con usted para explicarle las razones por las cuales se pide el número y qué pasará si no se proporciona dicho número.
- Los números de seguro social se usarán en programas de verificación por computadora y en otras revisiones. Usted no puede recibir beneficios de SNAP para las personas que usted no proporcionó un número de seguro social.
- Si no tiene el número de seguro social de algún solicitante, esto no retrasará la solicitud, siempre que él/ella solicite el número inmediatamente. El DSS le ayudará a solicitar el número de seguro social.
- El DSS no entregará ni divulgará al Departamento de Seguridad Nacional los números de seguro social de personas que no estén solicitando beneficios o quienes no llenen los requisitos para recibir beneficios.

Ciudadanía y Estatus Migratorio

- Se debe proporcionar información de ciudadanía y estatus migratorio para las personas que quieren obtener beneficios de TANF, RCA y/o SNAP.
- El DSS no divulgará al Departamento de Seguridad Nacional la ciudadanía ni el estatus migratorio de las personas que no estén solicitando beneficios o quienes no llenen los requisitos para recibir beneficios. Sin embargo, la información proporcionada por miembros del hogar solicitantes puede ser entregada a Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EEUU (USCIS) para verificación del estatus migratorio. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios del hogar.

Cesión de Manutención Infantil

- Se debe ceder al DSS cualquier pago de manutención infantil que se esté recibiendo o que se pueda recibir para un niño que llene los requisitos para recibir beneficios de TANF.
- El DSS puede tomar medidas para cobrar manutención infantil a los abuelos paternos y maternos si los padres del niño son menores de 18 años de edad y reciben beneficios de TANF.

Establecimiento de la Paternidad

- Para obtener beneficios del programa de TANF, es necesario cooperar con la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD por sus siglas en inglés) para establecer la paternidad y obtener manutención infantil para sus hijos.
- Si hay buen motivo para creer que la cooperación puede causarle daño a usted o a su(s) hijo(s), pídale información al administrador de su caso sobre cómo establecer "causa suficiente" por no cooperar.

Beneficios Variados

- Si recibe manutención infantil a través del CSSD, sus beneficios de SNAP podrían cambiar de mes a mes debido a cambios en la cantidad de manutención infantil que reciba.

Programas de Capacitación/Trabajo

- Para recibir beneficios de TANF o RCA, debe participar en un programa de trabajo o de capacitación, a menos que se esté exento del requisito del programa de trabajo.
- Para recibir beneficios SNAP, algunos miembros de la unidad familiar deben trabajar, participar en un programa de capacitación y empleo y/o registrarse para trabajar para trabajar. Al firmar su solicitud, se considerará que ha registrado a todos los miembros de la unidad familiar que se requiere que se registren.

Límites de Tiempo

- Los beneficios de TANF pueden tener límite de tiempo.
- El RCA tiene un límite de 8 meses a partir de la fecha de llegada a los Estados Unidos.
- Los beneficios SNAP pueden estar limitados a 3 meses en un periodo de tiempo de 36 meses.
- La Recepción de beneficios SNAP no tiene efecto en los límites de tiempo de ningún otro programa.

Verificación

- Es posible que un trabajador del DSS tenga que ponerse en contacto con otras personas u organizaciones (vecinos, bancos, empleadores, etc.) para verificar sus ingresos, programa de trabajo/estatus de empleo, sus cuentas de banco, su estatus de ciudadanía/migratorio, sus gastos médicos/de alojamiento, sus beneficios de seguro/ jubilación, su historial médico y cualquier otro dato que tenga que ver con su elegibilidad para recibir beneficios de TANF, RCA o SNAP.
- Para el programa SNAP, el no reportar o el no verificar los gastos deducibles se considerará una declaración de que su hogar no quiere recibir una deducción por el gasto no reportado.

Devolución de Beneficios

- Se puede exigir la devolución de beneficios de TANF (incluyendo cuidado infantil y transporte), RCA y SNAP que no se debieron haber recibido, incluso si se recibieron sin causa imputable al beneficiario.
- El DSS puede aplicar cualquier beneficio retirado de una cuenta EBT inactiva para reembolsar una reclamación pendiente de SNAP.
- El DSS busca el pago de reclamaciones de cualquier reembolso de impuestos federales y/o estatales que se le deba. La información proporcionada al DSS, incluyendo los números de seguro social, puede ser remitida a agencias federales/ estatales para el cobro de reclamaciones.

Audiencia Justa e Imparcial

- Si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre el caso de SNAP, TANF o RCA se puede solicitar una Audiencia Imparcial verbalmente o por escrito, poniéndose en contacto con la oficina del DSS de su condado o con SCDSS, Division of Individual and Provider Rights, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520, 1-800-311-7220 para TANF y SNAP.
- **Puede hablar por sí mismo en la audiencia. Además puede llevar a un amigo, familiar o abogado para hablar por usted.**
- Para solicitar una continuación de sus beneficios de TANF, RCA o SNAP mientras espera la audiencia, la solicitud se debe presentar dentro de un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se reciba el aviso de reducción o terminación de beneficios.
- Si la decisión de la audiencia no está a su favor, los beneficios deberán ser reembolsados.
- Después de haber recibido un aviso de reducción o terminación de beneficios El plazo máximo para solicitar una audiencia es de 60 días para TANF y RCA y 90 días para SNAP.

Instrucciones para Llenar la Solicitud

Su solicitud es considerada válida siempre y cuando tenga el nombre, la dirección y la firma de un miembro responsable del hogar o del representante autorizado del hogar. Los beneficios se proporcionan en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la agencia recibe la solicitud. Si usted está solicitando beneficios de SNAP, su elegibilidad va a ser determinada por separado de cualquier otro programa y no será denegada solamente porque los beneficios de otros programas hayan sido denegados. La agencia procesará todas las solicitudes de SNAP de acuerdo con los requisitos de puntualidad, aviso y requisitos de audiencias imparciales de SNAP, aunque esté solicitando otros programas.

Si usted es un residente de una institución y solicita conjuntamente para SSI y asistencia de alimentos antes de salir de la institución, la fecha de presentación de la solicitud es su último día en la institución. El tiempo de procesamiento comenzará a partir de la fecha en que el Departamento de Servicios Sociales reciba la solicitud.

- Por favor llene todos los espacios que pueda. Si necesita ayuda o si no entiende una pregunta, un trabajador del DSS puede ayudarle.
 - Asegúrese de **ESCRIBIR SU NOMBRE Y LA FECHA DE HOY CON LETRA DE MOLDE y FIRMAR LA SOLICITUD.**
- Por favor arranque las páginas 1-6 y guárdelas. Devuelva las páginas 7-15 de esta solicitud al DSS. En cuanto la agencia reciba su solicitud, se le dará un número de teléfono a llamar para una entrevista a más tardar 10 días después de la fecha en que su solicitud sea recibida. Si así lo desea, puede solicitar una entrevista en persona con un trabajador en el condado donde usted vive. Se le permite llevar a otra persona que pueda ayudarle en la entrevista. Si se necesita un intérprete, el DSS lo proporcionará sin costo alguno para usted.
- Envíe esta solicitud al Departamento de Servicios Sociales (DSS) por correo, fax o correo electrónico o llévela en persona.
- Para obtener la dirección de su oficina local del DSS, llame gratis al 1-800-616-1309 o véala en internet a través de **www.dss.sc.gov**.

Avisos y Sanciones SNAP

- **NO compre artículos no elegibles tales como bebidas alcohólicas o tabaco con los beneficios de SNAP.**
- **NO use su tarjeta EBT para pagar por comida cargada a una cuenta de crédito.**
- **Los infractores de las anteriores normas no podrán obtener beneficios de SNAP por un periodo de 1 año o de manera permanente y se les puede multar hasta \$250,000 o encarcelarles por hasta 20 años o ambas. Un tribunal puede añadirle también a un individuo una restricción adicional de 18 meses de participación en el programa SNAP.**
- **NO compre o venda armas de fuego, municiones o explosivos con beneficios de SNAP; si lo hace, jamás podrá obtener nuevamente beneficios de SNAP.**
- **NO compre o venda drogas ilegales con los beneficios de SNAP; NO intercambie, venda o altere Tarjetas de Beneficio Electrónico (EBT); si lo hace, no podrá obtener beneficios de SNAP por 24 meses por la 1era ofensa y de manera permanente por la 2da ofensa.**
- **NO intercambie, venda o comparta las tarjetas EBT o los beneficios de SNAP. Si un tribunal le encuentra culpable de vender beneficios de \$500 o más, usted será permanentemente inelegible para participar en el programa por la primera ofensa.**
- **NO reciba beneficios de SNAP en más de un estado por el mismo mes. Todo individuo que haya sido descubierto haciendo declaraciones o representaciones fraudulentas de identidad o residencia con el fin de obtener beneficios será inelegible para recibir beneficios de SNAP por 10 años.**
- **Cualquier miembro de su hogar que intencionalmente rompa las reglas no podrá recibir SNAP durante 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa.**

Programa de asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

No se debe usar la tarjeta ePAY en ninguna transacción electrónica:

- en ninguna licorería;
- casino, casino de apuestas o establecimiento de juegos; ni
- establecimiento comercial de entretenimiento para adultos en el cual los que dan espectáculos se desvistan o estén al desnudo para fines de entretenimiento.

Programa de Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)

La asistencia con dinero en efectivo para refugiados está limitada a ocho (8) meses a partir de la fecha de la llegada a los Estados Unidos. La cantidad del beneficio RCA es la misma que la del beneficio de TANF. Los beneficios de RCA están disponibles únicamente para los refugiados adultos sin dependientes menores de edad. La solicitud para el programa RCA se llenará en la oficina local del DSS aunque el pago se enviará desde la oficina en Columbia, SC.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Un ABAWD (Adulto Sano sin Dependientes) es un individuo sano, con 18 años de edad o más pero por debajo de 50, que no tenga miembros de unidad familiar en el presupuesto SNAP que sean menores de 18 años. Un ABAWD solo puede recibir tres (3) meses de beneficios SNAP en un periodo de tiempo de tres años a menos que también cumpla el requisito de trabajo de ABAWD o una excepción al requisito de trabajo.

Requisitos de trabajo de ABAWD:

- Trabajar al menos 20 horas a la semana, promediadas como 80 horas al mes (a cambio de dinero, beneficios en especie o con una agencia de voluntarios establecida); o
- Participar y cumplir con los requisitos de un programa de trabajo por lo menos 20 horas a la semana, promediadas como 80 horas al mes (tales como SNAP E&T, WIOA, Project Hope, etc.); o
- Cualquier combinación de trabajo y participación en un programa de trabajo por lo menos 20 horas a la semana, promediadas como 80 horas al mes.

Excepciones al requisito de trabajo de ABAWD:

- No estar apto física o mentalmente para el trabajo;
- Estar embarazada;
- Ya cumplir con una exención de los Requisitos Generales de Trabajo (cuidador de alguien, participante regular en un programa de drogas o alcohol, estudiante inscrito en la escuela al menos medio tiempo, que reciba beneficios por desempleo o haya solicitado pero aún no esté recibiendo beneficios por desempleo).

Un ABAWD que ya haya recibido tres (3) meses de beneficios durante este periodo de tres (3) años puede volver a obtener elegibilidad suministrando evidencia del cumplimiento del requisito de trabajo por 30 días consecutivos, que cumple con una exención, o cuando el periodo de tres (3) años comience de nuevo.

Información de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas y Servicios de Remisión

Las unidades familiares con ingresos iguales o por debajo del 130% del nivel de pobreza federal (FPL) están autorizadas a recibir el folleto de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas y Servicios de Remisión de Carolina del Sur. Este folleto puede solicitarse a la oficina local o llamando al 1-800-616-1309 para solicitar que se le envíe un folleto por correo.

Reportar Cambios

- **Usted debe reportar al DSS ciertos cambios en sus circunstancias.**
- **Se considera que el no reportar cambios es una forma de ocultar información y esto le permitirá al DSS recuperar cualquier beneficio que se le haya pagado por error.**
- **Para reportar cambios entre recertificaciones/revisiones, puede hacerlo por escrito, por teléfono, electrónicamente o utilizando el Formulario para Reportar Cambios (Change Report Form).**

SNAP

Para unidades familiares que deban recertificar cada seis meses, debe reportar cuando sus ingresos brutos totales excedan 130% del nivel de pobreza federal o cuando un ABAWD en su unidad familiar SNAP ya no esté cumpliendo con las horas del requisito de trabajo. Estos cambios deben ser reportados antes del día diez del mes siguiente al mes del cambio. Todos los otros cambios deben reportarse en la recertificación.

Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y Programa de Asistencia con Dinero en Efectivo para Refugiados (RCA)

Reporte los siguientes cambios dentro de un plazo de **10 días**:

- Un cambio de ingresos, horas de trabajo, tasa de pago o una nueva fuente de ingresos, un cambio de dirección o residencia o de personas que se instalen en su casa o que se muden fuera de la misma.

Reporte este cambio dentro de **5 días**:

- Cualquier miembro del hogar que esté viviendo temporalmente fuera del hogar y que haya decidido no volver a vivir en el hogar.

Lista de Verificación de Solicitud

La lista de verificación de elegibilidad al SNAP/TANF está diseñada para brindar ejemplos de alguna de la información que puede que necesite verificarse con el fin de determinar sus elegibilidad para beneficios SNAP/TANF. Por favor tenga en cuenta que un trabajador del DSS puede solicitar información adicional durante la entrevista. Puede enviar esta información por correo o dejarla en cualquier oficina local del DSS.

SI SOLO ESTÁ SOLICITANDO SNAP

- Identificación de la persona que hace la solicitud y del representante autorizado, si corresponde. Algunos ejemplos incluyen: licencia de conducir, tarjeta de identificación del estado, identificación laboral o escolar, identificación para beneficios de salud, asistencia de otro programa de servicios sociales, otras formas aceptables de identificación o tarjeta de registro de votante.
- Ingresos: talones de pago de las últimas cuatro (4) semanas de trabajo, si está trabajando actualmente, o las declaraciones de impuestos más recientes si trabaja por cuenta propia (Por favor envíe declaración de impuestos completa). Verificación de las últimas cuatro semanas de pago de manutención de menores, si está recibiendo manutención de menores. Copias de cartas de adjudicación de desempleo, seguro social, jubilación, etc.
- Gastos del hogar: contrato de renta, recibos de pago de renta o hipoteca y recibos de servicios (*opcional*).
- Gastos médicos de cualquier individuo discapacitado o con 60 años de edad o más. Los ejemplos incluyen: facturas médicas, co-pagos de medicamentos, recibos de primas de seguros de salud, consumo de combustible desde y hacia las citas médicas, etc.

SI SOLO ESTÁ SOLICITANDO TANF

- Certificados de nacimiento de usted y sus hijos.
- Números de seguro social de cada miembro de la familia para los cuales esté solicitando – niños y adultos.
- Identificación de la persona que hace la solicitud y del representante autorizado, si corresponde. Algunos ejemplos incluyen: licencia de conducir, tarjeta de identificación del estado, identificación laboral o escolar, identificación para beneficios de salud, asistencia de otro programa de servicios sociales, otras formas aceptables de identificación o tarjeta de registro de votante
- Ingresos: talones de pago de las últimas cuatro (4) semanas de trabajo, si está trabajando actualmente, o las declaraciones de impuestos más recientes si trabaja por cuenta propia (Por favor envíe declaración de impuestos completa). Copias de cartas de adjudicación de desempleo, seguro social, jubilación, etc.
- Estado de cuentas bancario.

SI ESTÁ SOLICITANDO SNAP Y TANF

Por favor entregue la mayor cantidad de elementos de verificación mencionados en los dos recuadros anteriores.

MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA A CADA PROGRAMA AL QUE QUIERA SOLICITAR:

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas **Asistencia Nutricional Suplementaria** **Asistencia en Efectivo para Refugiados**

SOLO USO <input type="checkbox"/> New Application <input type="checkbox"/> Reapplication		Date Filed: _____	
DEL DSS: <input type="checkbox"/> Cure Sanction <input type="checkbox"/> TANF Redetermination		Expedited Screener: _____	
CHIP Case No.:	Worker's Name:	Interview Date:	Expedited? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Esta información, incluyendo el número de seguro social (SNN) de cada miembro del hogar, está autorizada bajo la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Esta información también se usará para vigilar el cumplimiento de las reglas de los programas y para fines de la gestión programática. El proporcionar la información solicitada, incluyendo el número de seguro social de cada miembro del hogar, es voluntario. No obstante, no proporcionar el número de seguro social resultará en la denegación de beneficios de SNAP a cada persona que no dé su número de seguro social. Todos los números de seguro social proporcionados se utilizarán y divulgarán de la misma manera como los números de seguro social de los miembros elegibles.

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE CON CLARIDAD

¿Necesita un intérprete? Sí No Si respondió sí, ¿cuál es su idioma principal? _____
 ¿Necesita material traducido? Sí No
 ¿Es sordo o tiene usted deficiencias auditivas? Sí No De ser sí, y necesita asistencia al comunicarse con nosotros, favor marque las que apliquen: TTY/Videointerpretación Intérprete Lenguaje de Señas Otro: _____

Usted puede nombrar a alguien que le ayude con la solicitud y la entrevista. Dicha persona debería conocer lo suficientemente bien la situación de su familia como para proporcionar cualquier información que sea necesaria para determinar su elegibilidad. Sin embargo, usted sigue siendo responsable de la información que su representante autorizado proporcione, incluyendo cualquier información que no sea correcta.

¿Le gustaría que alguien que no viva en su hogar llene esta solicitud por usted o que dicha persona sea entrevistado por usted como su representante autorizado? Sí No Si respondió sí, escriba la información y firme abajo:

Nombre del Representante: _____ Teléfono: _____

Tiene el derecho a nombrar a una segunda persona o usar la misma persona para que le ayude a utilizar los beneficios en sus tarjetas de EBT en nombre de usted.

Nombre del Segundo Representante: _____ Teléfono: _____

Firma del Solicitante/Cliente: _____

Firma de dos testigos, si se ha firmado con "X": (1) _____ (2) _____

Servicio Acelerado

Podría recibir beneficios de SNAP dentro de 7 días naturales si: su unidad familiar de SNAP tiene ingresos brutos mensuales inferiores a \$150 y sus recursos líquidos tales como dinero en efectivo, cuentas bancarias corrientes y de ahorros equivalen o están por debajo de \$100; su renta o hipoteca y servicios públicos son mayores que la combinación del ingreso mensual del hogar y los recursos líquidos; o si un miembro del hogar es un trabajador agrícola migrante o de temporada que se considera indigente.

No responder las preguntas de esta solicitud puede tener como resultado que no podamos hacer una determinación respecto a su elegibilidad para recibir un servicio acelerado.

Sección 1: Cuéntenos de Usted

Apellidos:		Nombre:		Inicial Segundo nombre:	Sufijo:
Núm. Teléfono Hogar:	Núm. teléfono celular:	Otro núm. de teléfono donde se le pueda contactar:		Mejor hora para llamar:	
DÓNDE VIVE					
Dirección: (Incluir Apt./No. de lote)		Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
SI RECIBE SU CORREO EN OTRO LUGAR, POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN					
Dirección de correo: (Si es diferente, Incluya Apt./No. de lote)		Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:

Por favor lea y firme esta declaración/solicitud.

Yo certifico bajo pena de perjurio que la información provista en esta solicitud por mí o por mi representante autorizado en relación con el estatus de ciudadanía e inmigración es verdadera según mi leal entender y saber. Autorizo al Departamento de Servicios Sociales a ponerse en contacto con las personas necesarias para verificar mis declaraciones. Sé que puedo ser penalizado por dar a sabiendas información falsa. Declaro que recibí la hoja *Sus Derechos y Responsabilidades*, incluida en este paquete.

Firma de solicitante/representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

Firma de dos testigos si se firmó con una "X": (1) _____ (2) _____

Sección 2: Cuéntenos de los Miembros de su Hogar

Incluya todas las personas que vivan con usted. Conteste todas las preguntas para cada miembro del hogar. Puede que sea necesario verificar la información sobre todos los miembros del hogar. Sólo necesita proporcionar el número de seguro social o la fecha de SS-5 y la ciudadanía/estatus migratorio de las personas para quienes solicita beneficios. El número de seguro social y la ciudadanía/estatus migratorio son voluntarios para las personas de su hogar que no solicitan beneficios y aquellas que no cumplan con los requisitos.

Nombre (Primer nombre, Segundo, Apellidos) Liste los Nombres como Aparecen en la Tarjeta de Seguro Social de cada persona.	Relación con la Persona Nombrada en Línea #1	Fecha de Nacimiento	Edad	Género M/F	Hispano o Latino	Código de Raza (Elija uno o más)	Número de Seguro Social o Fecha de SS-5	Ciego o discapacitado	Ciudadano de los EEUU	En la Escuela	Trabajando
1.	(Usted)				Sí			Sí	Sí	Sí	Sí
					No			No	No	No	No
2.					Sí			Sí	Sí	Sí	Sí
					No			No	No	No	No
3.					Sí			Sí	Sí	Sí	Sí
					No			No	No	No	No
4.					Sí			Sí	Sí	Sí	Sí
					No			No	No	No	No
5.					Sí			Sí	Sí	Sí	Sí
					No			No	No	No	No
6.					Sí			Sí	Sí	Sí	Sí
					No			No	No	No	No
7.					Sí			Sí	Sí	Sí	Sí
					No			No	No	No	No

* Raza: BL - Negro o Afro-Americano; WH - Blanco; AS - Asiático; AI - Indio Americano/Nativo de Alaska; NH - Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico
La recolección de información étnica y racial del solicitante es voluntaria y no afectará la elegibilidad o el nivel de beneficios que el solicitante pueda recibir. La misma se recolecta para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan independientemente de la raza, el color o la nacionalidad de origen.

Indique otras personas que vivan en la misma casa con usted pero a quienes no desea incluir en su hogar de SNAP porque no compran y preparan comida con usted o aquellas personas que no son ciudadanos de los Estados Unidos que no quieren que la agencia contacte con los Servicios de Inmigración para verificar su estatus migratorio. (Use una hoja adicional para agregar a otras personas, si no hay suficiente espacio aquí para incluirlas a todas.)

Nombre	Edad	Parentesco con usted	¿Esta persona le da dinero a usted o a otra persona mencionada arriba?		¿Paga esta persona alguna porción de los gastos del hogar?	
			Sí/No	De ser sí, la razón	Sí/No	De ser sí, la razón
			Sí		Sí	
			No		No	
			Sí		Sí	
			No		No	
			Sí		Sí	
			No		No	

Solo para Asistencia Temporal para Familias Necesitadas:

¿Es alguno de los adolescentes (hombre o mujer) mencionados anteriormente padre/madre? Sí No

De ser sí, ¿quién?: _____

¿Alguna de las personas mencionada anteriormente está embarazada? Sí No

De ser sí, ¿quién? : _____ Fecha en que se espera nacimiento: _____

¿Alguna de las personas arriba mencionadas está viviendo en un ambiente especial como un refugio para mujeres y niños maltratados, refugio para personas sin hogar, centro de rehabilitación o tratamiento para drogas o alcohol (DAA), hogar grupal para personas ciegas o discapacitadas (GLA), u otra institución? sí No

De ser sí, ¿quién?: _____ Tipo de instalaciones: _____

Nombre de las instalaciones: _____

Número de teléfono: _____

¿Alguien en su hogar es participante regular en un programa de drogas o alcohol? Sí No (De ser sí, envíe evidencia)

De ser sí, ¿quién?: _____

¿Es usted o alguna de las personas que vive con usted un fugitivo o está en violación de su libertad condicional?

Sí No Si respondió sí, ¿quién?: _____

¿Han encontrado a usted o a alguna de las personas que vive con usted culpable de cometer una de las siguientes ofensas después de agosto 22, 1996?:

• ¿Un delito relacionado a las drogas? Sí No

Si respondió sí, ¿quién?: _____

• ¿Recibir TANF (beneficios en efectivo) o beneficios de SNAP de dos o más estados a la misma vez? Sí No

Si respondió sí, ¿quién?: _____

• ¿Cambiar beneficios de SNAP por drogas? Sí No

Si respondió sí, ¿quién?: _____

• ¿Comprar o vender beneficios de SNAP por más de \$500? Sí No

Si respondió sí, ¿quién?: _____

• ¿Cambiar beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos? Sí No

Si respondió sí, ¿quién?: _____

¿Usted u otra persona para la cual está solicitando beneficios ha recibido beneficios de TANF o FI anteriormente? Sí No

Si respondió sí, ¿en cuál estado recibió los beneficios? _____

¿Tiene usted una tarjeta ePAY de Carolina del Sur? Sí No

¿Usted o su hogar han recibido beneficios de SNAP (antes conocido como cupones de alimentos) anteriormente? Sí No

Si respondió sí, ¿en cuál estado recibió los beneficios? _____ ¿Cuándo? _____

¿Tiene una tarjeta EBT de Carolina del Sur? Sí No

¡Seguro de salud sin costo! – Opcional, no requerido para recibir beneficios SNAP o TANF.

Al marcar la casilla inferior, si esta solicitud de SNAP y/o TANF es aprobada, el DSS compartirá la información necesaria sobre su solicitud con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (DHHS – por sus siglas en inglés) para inscribir a los miembros de la unidad familiar elegibles a Medicaid en el programa estatal de Medicaid. DHHS le enviará una carta notificándole sobre la inscripción de los miembros de su unidad familiar y le proveerá información sobre cómo usar los beneficios del cuidado de la salud para los cuales son elegibles los miembros de su unidad familiar.

Sí, Apruebo que el DSS comparta mi información con DHHS a efectos de inscribir a los miembros de mi unidad familiar en el programa Estatal de Medicaid. Entiendo que si alguien en mi unidad familiar obtiene Medicaid y sus cuentas de Medicaid son pagadas por una aseguradora de salud privada o acuerdo judicial, Medicaid puede obtener su dinero de vuelta de esta fuente.

Sección 3: Sólo para Asistencia Temporal para Familias Necesitadas

Información Sobre Padres/Madres Ausentes: Proporcione la siguiente información sobre cada niño incluido en la Sección 2 del cual la madre y/o padre no viva en el hogar. Puede que se solicite más información durante la entrevista.

Nombre, Última Dirección Conocida y Teléfono del Padre/Madre Ausente		No. Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		Fecha de Nacimiento

¿Es esta persona padre/madre legal del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Teléfono del empleador
Niño(s)		Niño(s)	
Nombre, Última Dirección Conocida y Teléfono del Padre/Madre Ausente		No. Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		Fecha de Nacimiento

¿Es esta persona padre/madre legal del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Teléfono del empleador
Niño(s)		Niño(s)	
Nombre, Última Dirección Conocida y Teléfono del Padre/Madre Ausente		No. Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		Fecha de Nacimiento

¿Es esta persona padre/madre legal del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Teléfono del empleador
Niño(s)		Niño(s)	
Nombre, Última Dirección Conocida y Teléfono del Padre/Madre Ausente		No. Seguro Social	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	_____		Fecha de Nacimiento

¿Es esta persona padre/madre legal del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Teléfono del empleador
Niño(s)		Niño(s)	

Bajo pena de perjurio, por la presente doy fe de que la información antes provista es cierta y correcta a mi mejor saber y entender y se da con la finalidad de recibir servicios bajo el Título IV-D de la Ley de Seguro Social. Al firmar esta Solicitud del DSS para asistencia pública, entiendo que estas afirmaciones son ciertas y que se usarán en trámites legales contra el padre o la madre ausente.

Sección 4: Cuéntenos de los Ingresos de su Hogar

¿Usted o alguien en el hogar trabaja? Sí No

Si respondió sí, ¿quién trabaja? _____

Anote abajo el sueldo **BRUTO**, no la cantidad neta.

Nota: si no recibe pagos en la forma de dinero por su trabajo, tales como trabajo en especie o voluntariado con una organización de voluntarios establecida, entonces pida a la persona para quien trabaja que llene esta sección).

Nombre del Trabajador:				Nombre del Trabajador:									
Nombre y Dirección del Empleador:				Nombre y Dirección del Empleador:									
Número de Teléfono del Empleador:		Número de Fax del Empleador:		Número de Teléfono del Empleador:		Número de Fax del Empleador:							
Cantidad del Sueldo Antes de Impuestos de Cada Periodo de Pago: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual				Cantidad del Sueldo Antes de Impuestos de Cada Periodo de Pago: \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual									
Horas Trabajadas Cada Semana: _____				Horas Trabajadas Cada Semana: _____									
	FECHA PAGO RECIBIDO			PAGO BRUTO	PROPINAS	HORAS TOTALES		FECHA PAGO RECIBIDO			PAGO BRUTO	PROPINAS	HORAS TOTALES
	ME	DÍA	AÑO					ME	DÍA	AÑO			
1.							1.						
2.							2.						
3.							3.						
4.							4.						
Firma de Empleador _____ No. de Teléfono _____						Firma de Empleador _____ No. de Teléfono _____							
Nombre en letra de molde: _____						Nombre en letra de molde: _____							

¿Alguien en su unidad familiar, con edad entre 18-49, no puede trabajar? Sí No

De ser sí, ¿quién?: _____

¿Por qué esta persona no puede trabajar? _____

¿Usted o alguna de las personas que vive con usted recibe dinero de alguna otra fuente(s)? Sí No

Si respondió sí, complete la sección a continuación.

Otros Ingresos	Cantidad	¿Cada Cuánto Recibe este Ingreso?	¿Qué Miembro de la Familia Recibe este Ingresos?
Manutención Infantil	\$		
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$		
Pago del Seguro Social	\$		
Beneficios de Desempleo	\$		
Beneficios de Veteranos	\$		
Jubilación/Pensiones	\$		
Otros (Explique)	\$		

¿Cuál es la cantidad **total** de ingresos que usted y su hogar ya han recibido o esperan recibir este mes? \$ _____

¿Hay alguien del hogar que sea un trabajador agrícola migratorio o temporal? Sí No (Si respondió sí, responda las siguientes preguntas)

• ¿Recientemente su hogar ha dejado de recibir toda forma de ingreso? Sí No

Si respondió sí ¿Cuándo recibió su último pago? _____ ¿Cuál fue la cantidad total? \$ _____

• ¿Hay alguien del hogar que espere recibir ingresos de una fuente nueva este mes? Sí No

Si respondió sí ¿cuánto dinero? \$ _____ ¿Espera recibir este dinero dentro de un plazo de 10 días? Sí No

Sección 5: Cuéntenos de los Recursos de su Hogar

¿Cuánto dinero tiene el hogar en efectivo \$ _____, cuenta corriente \$ _____, y/o cuentas de ahorros \$ _____?

Para TANF, por favor proporcione el extracto de cuenta más reciente.

¿Alguien es propietario de algún carro, camioneta, u otros activos o terreno/edificios aparte de donde usted vive?

Sí No Si respondió sí, para TANF, por favor proporcione comprobante.

Sección 6: Cuéntenos de los Gastos de su Hogar

Renta/Hipoteca: \$ _____ Renta del Lote: \$ _____ Impuestos del Hogar: \$ _____ Seguros del Hogar: \$ _____

Tarifas de condominio: \$ _____

¿Usted paga para calentar o enfriar su hogar? Sí No

Si respondió sí, ¿cómo calienta o enfría su hogar? _____

¿Su hogar recibe asistencia del Programa de Asistencia con los Pagos de Energía LIHEAP por sus siglas en inglés? Sí No

Si respondió NO a ambas preguntas arriba, ¿cuál es la cantidad mensual de sus gastos de servicios públicos, aparte del teléfono? _____

¿Usted le paga a alguien para que cuide a su(s) niño(s)? Sí No

¿Usted le paga a alguien para que cuide a un adulto dependiente? Sí No

¿Hay alguien en su hogar que pague manutención infantil? Sí No

Si respondió sí, ¿cuánto paga? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Es ordenado por el tribunal? Sí No

Si alguien en el hogar es discapacitado o mayor de 60 años, ¿dicha persona tiene gastos médicos por encima de \$35.00 cada mes que tengan que pagar de su bolsillo? Sí No

Sección 7: CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (Opcional)

El Departamento de Servicios Sociales (DSS) mantiene la información que usted entregue en confidencialidad, pero para que otras agencias del gobierno le presten servicios a usted y/o miembros de su familia, puede ser necesario que el DSS comparta alguna información contenida en sus archivos con otras agencias del gobierno que tengan estándares de confidencialidad como los del DSS. El DSS puede divulgar información sobre usted y su familia con agencias comunitarias tras la recepción de su permiso por escrito.

La respuesta a esta pregunta opcional no tiene efectos sobre su elegibilidad para participar en los programas SNAP y/o TANF. Puede cancelar este consentimiento en cualquier momento notificando al DSS por escrito. La cancelación se hará efectiva a más tardar 60 días luego de recibida.

Otorgo al DSS permiso para divulgar **mi nombre, dirección, número de teléfono, estatus de recepción de TANF/SNAP e historial de emisión de beneficios** a agencias comunitarias que deseen asistirme con servicios o asistencia en especie.

No deseo que el DSS divulgue mi información confidencial a ninguna agencia comunitaria.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Formulario de Preferencia del Votante

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría hacer la solicitud para registrarse para votar? (Por favor marque una)

- Sí**, me gustaría registrarme para votar.
- Estoy registrado, pero **no** en mi dirección **actual**.
- No**, estoy registrado en mi dirección **actual**.
- No**, pero usaré la Solicitud de Registro de Votante por Correo.
- No**. No deseo registrarme para votar en este momento.
- No**. No soy elegible para votar.
- No**. Me estoy negando a registrarme.

SI NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Firma de solicitante/declinante

Fecha

Avisos importantes

- El hecho de hacer la solicitud para votar o declinar hacer la misma **no** afectará el monto de asistencia que le proporcionará esta agencia.
- Si quisiera recibir ayuda para llenar la solicitud de registro del votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Para recibir ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de votante fuera de la oficina, llame al 1-800-616-1309.
- Si se registra para votar, la ubicación donde se entregó su solicitud permanecerá confidencial. Si declina registrarse para votar, este hecho permanecerá confidencial. El hecho de hacer la solicitud para votar o declinar hacer la misma **solo** se usará para efectos del registro de votantes.
- Si cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o declinar registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si va a registrarse o al solicitar registrarse para votar, o su derecho de elegir su preferencia de partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja con el siguiente:

Director Ejecutivo
Comisión Electoral del Estado de Carolina del Sur
1122 Lady Street, Suite 500
P.O. Box 5987
Columbia, SC 29205
Principal: (803) 734-9060 Fax: (803) 734-9366
Correo electrónico: elections@elections.sc.gov