

**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur**  
**DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN**  
**EL PROYECTO DE SOLICITUD COMBINADA DE CAROLINA DEL SUR (SCCAP) PARA**  
**EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)**

**AL FIRMAR MI NOMBRE A CONTINUACIÓN, YO AFIRMO QUE:**

- Se me ha informado sobre el proyecto SCCAP y mis derechos y responsabilidades bajo este proyecto;
- Yo entiendo que al ser recipiente de SSI para recibir SNAP Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés) sólo para mí, tendré que participar en el programa SCCAP, a menos que:
  - Tenga gastos de vivienda /servicios públicos o gastos médicos de su bolsillo por encima del promedio SCCAP O
  - Esté pagando manutención infantil legalmente obligada fuera de la unidad familiar.

**AFIRMO QUE:**

- Vivo solo o compro y preparo mi comida por separado de las otras personas en mi unidad familiar;
  - No estoy pagando manutención infantil obligada fuera de la unidad familiar;
  - No tengo gastos médicos mensuales que excedan los \$50.00;
  - No tengo ingresos devengados;
    - Mi monto de ingreso mensual SSI es de: \$ \_\_\_\_\_
    - Cualquier otro ingreso mensual no devengado es de: \$ \_\_\_\_\_ Tipo de ingreso: \_\_\_\_\_
  - Si usted no indica el promedio de gastos de vivienda /servicios abajo, se le otorgara la deducción más baja por vivienda
  - Los gastos de vivienda y servicios incluyen renta u hipoteca, impuestos de propiedad sobre su casa, seguro sobre su casa, electricidad, gas para calefacción o enfriamiento, agua, aguas servidas y/o recolección de basura.
- El promedio de mis gastos mensuales de vivienda y servicios está:
- Entre \$0 - \$410
  - Entre \$411 - \$443
  - Más de \$444
- ¿Es usted un criminal prófugo o un violador de libertad condicional?  Sí  No
  - ¿Ha sido usted acusado de una violación de sustancias controladas ocurrida después del 22 de agosto de 1996?  Sí  No

**COMO SER EXCLUÍDO DEL SCCAP:**

**Gastos de Vivienda:**

Si sus gastos de vivienda exceden los \$444 mensuales, usted puede ser elegible para recibir beneficios a través del Programa SNAP regular, sin embargo, se le requerirá la verificación de sus gastos de vivienda/servicios. De lo contrario, usted recibirá el monto de beneficio estándar del SCCAP.

- Si sus gastos de vivienda exceden los \$444 mensuales, ¿Quiere usted recibir beneficios a través del Programa SNAP regular?  Sí  No  N/A

**Gastos Médicos:**

Si usted paga gastos médicos de su bolsillo por más del promedio de \$50 mensuales, usted puede ser elegible para recibir beneficios a través del Programa SNAP regular, sin embargo, se le requerirá la verificación de sus gastos médicos mensuales. De lo contrario, usted recibirá el monto de beneficio estándar del SCCAP.

- Si sus gastos médicos mensuales de su bolsillo son de más de \$50 mensuales, ¿Quiere usted recibir beneficios a través del Programa SNAP regular?  Sí  No  N/A

**Manutención Infantil Legalmente Obligada**

Si usted paga manutención infantil legalmente obligada fuera de la unidad familiar, usted puede ser elegible para recibir beneficios a través del Programa SNAP regular, sin embargo, se le requerirá la verificación de la manutención infantil legalmente obligada. De lo contrario, usted recibirá el monto de beneficio estándar del SCCAP.

- Si usted está pagando manutención infantil legalmente obligada fuera del hogar, ¿Quiere usted recibir beneficios a través del Programa SNAP regular?  Sí  No  N/A

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Dirección del Solicitante: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Solicitante: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo solicito que la persona nombrada a continuación sea mi "Representante Autorizado" y que actúe con mi autoridad en cualquier situación con respecto a SNAP. Sé que yo soy el responsable de toda la información que dé mi representante, y que tendré que devolver beneficios de SNAP que haya recibido por información incorrecta dada por mi representante.

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AVISOS Y SANCIONES SNAP

- **NO compre artículos inelegibles tales como bebidas alcohólicas o tabaco con los beneficios SNAP.**
- **NO use su tarjeta EBT para pagar por comida cargada a una cuenta de crédito.**
- **Los violadores de las reglas arriba mencionadas no podrán tener beneficios SNAP por un periodo de 1 año o permanentemente, y pueden ser multados hasta por \$250,000 o encarcelados por 20 años o ambos. Un tribunal también puede agregar 18 meses adicionales de restricción a un individuo en participación de SNAP.**
- **NO compre o venda armas de fuego, municiones o explosivos con los beneficios SNAP; si usted lo hace, usted nunca podrá obtener beneficios SNAP de nuevo.**
- **NO compre o venda drogas ilegales con los beneficios SNAP; NO intercambie, venda o modifique las tarjetas de Beneficio Electrónico (EBT); si usted lo hace, usted no obtendrá beneficios por 24 meses por la 1era ofensa y permanentemente por la 2da ofensa.**
- **NO intercambie, venda o comparta las tarjetas EBT o beneficios SNAP. Si un tribunal de ley lo encuentra culpable de vender beneficios de \$500.00 o más, usted será permanentemente inelegible para participar en el programa por la primera ofensa.**
- **NO reciba beneficios SNAP en más de un estado por el mismo mes. Cualquier individuo que haya realizado una declaración fraudulenta, o una representación de identidad o residencia fraudulenta para recibir beneficios será inelegible para recibir beneficios SNAP por 10 años.**
- **Cualquier miembro de su unidad familiar que intencionalmente rompa las reglas no obtendrá beneficios SNAP por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa.**

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf). y en cualquier oficina del USDA o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) Correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: (202) 690-7442; o
- (3) Email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Usted también puede presentar una demanda de discriminación al contactar al DSS. Escriba a la Oficina de Derechos Civiles del DSS, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520; o llame al (800) 311-7220 o al (803) 898-8080 o al TTY: (800) 311-7219.

## ¿QUÉ ES EL PROYECTO DE SOLICITUD COMBINADA (SCCAP por sus siglas en inglés)?

El SCCAP es un proyecto que les facilita a las personas mayores y a los discapacitados que reciben Ingresos de Seguridad Complementaria (SSI por sus siglas en inglés) a también recibir asistencia nutricional.

## ¿QUIÉN CALIFICA PARA SCCAP?

Usted puede recibir asistencia nutricional a través de este programa si usted:

- Recibe SSI
- No está trabajando
- Vive solo o compra y prepara sus comidas por separado de la otras personas que viven con usted;  
y
- No está casado.

## ¿CÓMO REALIZAR LA SOLICITUD?

- Usted puede solicitar asistencia nutricional a través del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés), al mismo tiempo usted puede realizar la solicitud se SSI en la Oficina del Seguro Social.
- Usted no tiene que ir a la oficina del DSS para realizar la solicitud.
- Si usted ya está recibiendo SSI y no recibe asistencia nutricional a través de SNAP, usted puede llenar una solicitud SCCAP y enviarla a cualquier oficina del Departamento de Servicios Sociales del condado o :

*Las solicitudes deben ser enviadas al:*

**SCCAP**

**S.C. Department of Social Services**

**P.O.Box 100203**

**Columbia, SC 29202-3203**

- Una vez aprobado, sus beneficios SNAP irán a una tarjeta EBT para que la use para comprar alimentos. Su tarjeta EBT funciona como una tarjeta de débito bancaria.

## ¿CÓMO OBTENGO UNA SOLICITUD?

- Usted puede obtener una solicitud y llenarla cuando visite la Oficina del Seguro Social.
- Usted puede llamar al **1-888-898-0055** para que una solicitud le sea enviada.
- Usted puede imprimir una solicitud desde nuestro sitio web en [www.dss.sc.gov](http://www.dss.sc.gov) .
- Usted puede obtener una solicitud en cualquier oficina del DSS.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Usted puede ser elegible para más beneficios de asistencia nutricional si usted recibe SSI y usted:
  - Paga más de \$444 mensuales de renta, hipoteca y servicios públicos;
  - Paga más de \$50 mensuales de costos médicos de su bolsillo; o
  - Paga manutención infantil legalmente obligada fuera de la unidad familiar.
- Si se encuentra en espera de la aprobación del SSI y necesita asistencia nutricional de inmediato, usted puede realizar la solicitud en cualquier oficina del DSS.

Para más información, llame al **1-888-898-0055.**

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

- La información que usted suministró se mantendrá confidencial y será usada solo para procesar su solicitud y para administrar SNAP y otros beneficios que reciba su unidad familiar, o cuando lo requiera la ley.
- Usted debe suministrar su Número de Seguro Social o realizar la solicitud si usted no tiene uno. El número será usado para verificar la información de su solicitud.
- El Departamento revisará el estado migratorio de cualquier persona que realice la solicitud de beneficios. Usted no tiene que ser ciudadano de U.S. para solicitar de asistencia. El departamento no revisará el estado migratorio de los miembros de su familia que no estén solicitando SNAP.
- Usted debe suministrar prueba de ciertas cosas, como identidad e ingreso, antes de recibir SNAP. Si no puede obtener una prueba, un trabajador de Servicios Económicos lo ayudará.
- Usted no puede ser discriminado a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad. Usted recibirá información acerca de cómo presentar una demanda por escrito.
- Si usted no reporta o suministra verificación de gastos deducibles, el DSS tomará esto como declaración de que usted no quiere recibir la deducción.
- Si usted proporciona información incorrecta, incompleta o falsa al DSS, no solo se le podrán negar o detener los beneficios, usted también puede ser sujeto a acusación bajo las leyes estatales o federales.
- Si usted recibe beneficios que no debió haber recibido, se le solicitará que los pague de vuelta al DSS, aun cuando no fuese su culpa. Si esto ocurre, usted será notificado por escrito y se le dará información en relación al proceso de repago.
- Usted tiene derecho a apelar y solicitar una audiencia imparcial. Si usted no está de acuerdo con los beneficios que recibe de nosotros, o si sus beneficios han sido denegados o detenidos usted puede solicitar una Audiencia Imparcial. Usted puede hablar por usted mismo en la audiencia. También puede traer a un amigo, familiar o un abogado que lo represente. En la Audiencia Imparcial tanto usted como el DSS presentarán su caso ante un Oficial de Audiencias. La Oficina de Audiencias Administrativas entonces le enviará una decisión sobre su caso.

## **CAMBIOS**

- Usted debe reportar todos los cambios a la Administración del Seguro Social de acuerdo con sus requerimientos. No hacerlo será considerado como retención de información y permitirá que le Departamento recobre cualquiera de los beneficios pagados por error.
- Usted debe reportar al Departamento cuando usted gane premios de lotería o apuestas en un solo juego en cantidades iguales o mayores a \$3500 antes de impuestos u otras retenciones. Este cambio debe ser reportado para el décimo día del mes siguiente al cambio.

## **DECLARACIÓN DE LEYES DE PRIVACIDAD**

Los reglamentos y leyes Federales y Estatales limitan el uso de información confidencial en relación a los solicitantes y beneficiarios de programas económicos y de asistencia médica, para los propósitos directamente relacionados a la administración de estos programas.

## **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

El Número de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés) será usado para verificar la identidad para prevenir la participación duplicada y para facilitar cambios en masa. El SSN también será usado para comparar por computadora y programa de revisión o auditorías para asegurarse de que usted es elegible para la asistencia.

La Información obtenida puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios. La información imprecisa o falsa puede resultar en una acción criminal o una acción civil o en demandas administrativas por participación fraudulenta en SNAP.

El DSS no comparte el SSN o el estatus de ciudadanía/inmigración de no-beneficiarios e individuos inelegibles para beneficios con el Departamento de Seguridad Nacional de US.

El DSS usará el SSN en el sistema de verificación estatal de ingreso y elegibilidad del estado y otras comparaciones por computadora y programas de revisión. Esta información puede ser verificada a través de otras fuentes cuando existan discrepancias y también pueden afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar.

Esta información, incluyendo el SSN de cada uno de los miembros de la unidad familiar, está autorizada bajo la ley Comida y Nutrición del 2008. Esta información será usada para monitorear el cumplimiento con los reglamentos del programa y para la administración del programa. Suministrar la información solicitada, incluyendo el SSN de cada miembro de la unidad familiar, es voluntario. Sin embargo, no suministrar un SSN resultará en la negación de los beneficios SNAP de cada individuo que no suministre un SSN.

Cualquier SSN suministrado será usado y divulgado de la misma manera que el SSN de miembros elegibles.

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**

- 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 en la **Comisión Electoral del Estado de Carolina del Sur**, 1122 Lady Street, Suite 500 P.O. Box 5987 Columbia, SC 29205 o llame al (803) 734-9060, fax (803) 734-9366, correo electrónico [elections@elections.sc.gov](mailto:elections@elections.sc.gov).
- Si quiere 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 sin venir a nuestra oficina llame al 1-800-616-1309.
- Solicitar registrarse para votar o declinar registrarse **no** afectará el monto de asistencia que le proporcionará esta agencia.
- 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.

**REGRESE EL FORMULARIO AL DSS:**

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur  
Centralized Scan Center  
P.O. Box 100203  
Columbia, SC 29202-3202