

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE SUBSIDIO AUXILIAR (AG), PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP), Y ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)

Esta es una solicitud destinada a renovar su elegibilidad para los beneficios. Puede presentar esta solicitud ante la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o enviarla por correo a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales. También puede solicitar en línea la renovación del programa SNAP o TANF en <https://commonhelp.virginia.gov/access/>.

A. INFORMACIÓN DEL HOGAR

1. Su Información de Contacto

Su Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Su Dirección Residencial (incluir número de apartamento) _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Su Dirección Postal (si es diferente de su dirección residencial) _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

¿En qué ciudad o condado vive? _____

Dirección de Correo electrónico _____

Número de Teléfono Principal _____

Número de Teléfono Alternativo _____

Método Principal de Correspondencia

Si desea recibir mensajes de texto o correo electrónico que le informen que se puede acceder electrónicamente a algunos avisos sobre sus beneficios a través de CommonHelp (www.CommonHelp.Virginia.gov), seleccione una de las opciones a continuación. Indique un número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico. Una vez que selecciona un método electrónico de correspondencia preferido, se utilizará para todos los programas del caso relacionado con la solicitud. Si no elige recibir una notificación por mensaje de texto o correo electrónico, recibirá toda la correspondencia por escrito a través del correo de EE. UU.

Si completa esta solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará por correo toda la correspondencia. El solicitante puede contactar al departamento local de servicios sociales para saber cómo cambiar el método de correspondencia.

Mensaje de Texto Correo Electrónico Número de Teléfono Celular _____ Dirección de Correo Electrónico _____

2. **Composición del Hogar:** Esta sección incluye información sobre todas las personas que viven en su hogar, incluso si no solicita la asistencia para esa persona. Puede dejar el Número del Seguro Social en blanco si no solicita asistencia para la persona.

1

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

En representación propia

Relación con usted _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Número del Seguro Social: _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino

¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? Sí No

Estado Civil: Casado Nunca estuvo casado

Si la respuesta es No, estado de inmigración _____

Separado Divorciado Viudo

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___

Grado Más Alto Completado: _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Nombre de la Escuela, si es Estudiante: _____

¿Es discapacitado o está embarazada? Sí No

¿Es veterano o dependiente? Sí No :

¿Vive temporalmente lejos de su hogar? Sí No

Programa(s) Solicitado(s):

Fecha de Partida ___/___/___ Fecha Esperada de Retorno ___/___/___

Ninguna AG SNAP TANF

Motivo por estar fuera de su hogar: _____

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden.

Origen Étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino

Herencia Racial: Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca

Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca

Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida

Composición del Hogar (continuación):

Si necesita más espacio para enumerar a los miembros de su hogar, solicite otro formulario o escriba la información en una hoja aparte.

2**Nombre** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____**Relación con el Solicitante** _____**Fecha de Nacimiento** (mm-dd-aaaa) _____**Número del Seguro Social:** _____**Ciudad, Estado, País de Nacimiento:** _____**Género:** Masculino Femenino**¿Esta persona es ciudadana de los EE. UU.?** Sí No**Estado Civil:** Casado Nunca estuvo casado

Si la respuesta es No, estado de inmigración _____

 Separado Divorciado Viudo**Fecha de Residencia en los EE. UU.:** __/__/__**Grado Más Alto Completado:** _____**Número de Registro de Extranjero:** _____**Nombre de la Escuela, si es Estudiante:** _____**¿Esta persona está discapacitada o embarazada?** Sí No**¿Esta persona es veterano o dependiente?** Sí No :**¿Esta persona se encuentra temporalmente alejada de su hogar?** Sí No**Programa(s) Solicitado(s):****Fecha de Partida** __/__/__ **Fecha Esperada de Retorno** __/__/__ Ninguna AG SNAP TANF**Motivo por estar fuera de su hogar:** _____**Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden.****Origen Étnico:** Hispano/Latino No hispano/Latino**Herencia Racial:** Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida**3****Nombre** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____**Relación con el Solicitante** _____**Fecha de Nacimiento** (mm-dd-aaaa) _____**Número del Seguro Social:** _____**Ciudad, Estado, País de Nacimiento:** _____**Género:** Masculino Femenino**¿Esta persona es ciudadana de los EE. UU.?** Sí No**Estado Civil:** Casado Nunca estuvo casado

Si la respuesta es No, estado de inmigración _____

 Separado Divorciado Viudo**Fecha de Residencia en los EE. UU.:** __/__/__**Grado Más Alto Completado:** _____**Número de Registro de Extranjero:** _____**Nombre de la Escuela, si es Estudiante:** _____**¿Esta persona está discapacitada o embarazada?** Sí No**¿Esta persona es veterano o dependiente?** Sí No :**¿Esta persona se encuentra temporalmente alejada de su hogar?** Sí No**Programa(s) Solicitado(s):****Fecha de Partida** __/__/__ **Fecha Esperada de Retorno** __/__/__ Ninguna AG SNAP TANF**Motivo por estar fuera de su hogar:** _____**Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden.****Origen Étnico:** Hispano/Latino No hispano/Latino**Herencia Racial:** Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida**4****Nombre** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____**Relación con el Solicitante** _____**Fecha de Nacimiento** (mm-dd-aaaa) _____**Número del Seguro Social:** _____**Ciudad, Estado, País de Nacimiento:** _____**Género:** Masculino Femenino**¿Esta persona es ciudadana de los EE. UU.?** Sí No**Estado Civil:** Casado Nunca estuvo casado

Si la respuesta es No, estado de inmigración _____

 Separado Divorciado Viudo**Fecha de Residencia en los EE. UU.:** __/__/__**Grado Más Alto Completado:** _____**Número de Registro de Extranjero:** _____**Nombre de la Escuela, si es Estudiante:** _____**¿Esta persona está discapacitada o embarazada?** Sí No**¿Esta persona es veterano o dependiente?** Sí No :**¿Esta persona se encuentra temporalmente alejada de su hogar?** Sí No**Programa(s) Solicitado(s):****Fecha de Partida** __/__/__ **Fecha Esperada de Retorno** __/__/__ Ninguna AG SNAP TANF**Motivo por estar fuera de su hogar:** _____**Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden.****Origen Étnico:** Hispano/Latino No hispano/Latino**Herencia Racial:** Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida

Composición del Hogar (continuación):**5****Nombre** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)**Relación con el Solicitante****Fecha de Nacimiento** (mm-dd-aaaa)**Número del Seguro Social:** _____**Ciudad, Estado, País de Nacimiento:** _____**Género:** Masculino Femenino**¿Esta persona es ciudadana de los EE. UU.?** Sí No**Estado Civil:** Casado Nunca estuvo casado

Si la respuesta es No, estado de inmigración

 Separado Divorciado Viudo**Fecha de Residencia en los EE. UU.:** ___/___/___**Grado Más Alto Completado:** _____**Número de Registro de Extranjero:** _____**Nombre de la Escuela, si es Estudiante:** _____**¿Esta persona está discapacitada o embarazada?** Sí No**¿Esta persona es veterano o dependiente?** Sí No:**¿Esta persona se encuentra temporalmente alejada de su hogar?** Sí No**Programa(s) Solicitado(s):****Fecha de Partida** ___/___/___ **Fecha Esperada de Retorno** ___/___/___ Ninguna AG SNAP TANF**Motivo por estar fuera de su hogar:** _____**Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden.****Origen Étnico:** Hispano/Latino No hispano/Latino**Herencia Racial:** Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida**6****Nombre** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)**Relación con el Solicitante****Fecha de Nacimiento** (mm-dd-aaaa)**Número del Seguro Social:** _____**Ciudad, Estado, País de Nacimiento:** _____**Género:** Masculino Femenino**¿Esta persona es ciudadana de los EE. UU.?** Sí No**Estado Civil:** Casado Nunca estuvo casado

Si la respuesta es No, estado de inmigración

 Separado Divorciado Viudo**Fecha de Residencia en los EE. UU.:** ___/___/___**Grado Más Alto Completado:** _____**Número de Registro de Extranjero:** _____**Nombre de la Escuela, si es Estudiante:** _____**¿Esta persona está discapacitada o embarazada?** Sí No**¿Esta persona es veterano o dependiente?** Sí No:**¿Esta persona se encuentra temporalmente alejada de su hogar?** Sí No**Programa(s) Solicitado(s):****Fecha de Partida** ___/___/___ **Fecha Esperada de Retorno** ___/___/___ Ninguna AG SNAP TANF**Motivo por estar fuera de su hogar:** _____**Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden.****Origen Étnico:** Hispano/Latino No hispano/Latino**Herencia Racial:** Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida

- Sí NO 1. ¿Alguno de sus hijos recibió alguna vacuna desde la aprobación de su solicitud original o desde su revisión más reciente? Si la respuesta es Sí, explique: _____
- Sí NO 2. ¿Alguna vez, usted o una persona que solicita la asistencia han sido descalificados para recibir los beneficios de TANF (AFDC) o SNAP? Si la respuesta es Sí, explique: _____
- Sí NO 3. ¿Alguna persona viola la libertad bajo palabra o libertad condicional, o es un fugitivo para evitar el enjuiciamiento o castigo de un delito grave? Si la respuesta es Sí, explique: _____
- Sí NO 4. ¿Usted o alguna persona por la que presenta la solicitud han sido condenados como adulto a partir del 8 de febrero de 2014 por lo siguiente:
- ¿Abuso sexual agravado conforme el Título 18 del Código de Estados Unidos (USC), Sección 2241 o un delito estatal similar? Sí NO
 - ¿Homicidio conforme el Título 18 del USC, Sección 1111 o un delito estatal similar? Sí NO
 - ¿Un delito en virtud del Título 18 del USC, Capítulo 110 (explotación sexual y otros abusos de niños) o un delito estatal similar? Sí NO
 - ¿Un delito federal o estatal que involucre agresión sexual, como se define en la Sección 40002(a) de la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994 (42 USC 13925(a))? Sí NO
- Si responde **SÍ** a alguna de las preguntas anteriores, ¿quién? _____
- Si responde **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿cumple con los términos de la sentencia? Sí NO

B. RECURSOS

No es necesario que complete esta sección si solo está renovando TANF. De lo contrario, responda para todas las personas que solicita la asistencia. Incluya cualquier recurso que posea una persona o que sea de propiedad conjunta con otra persona, incluso si esa persona no vive con usted. Mencione los nombres de los propietarios conjuntos.

1. ¿Usted o alguna persona que vive con usted tienen alguno de los siguientes recursos o activos?

- | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo \$_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta corriente, caja de ahorro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Institución Financiera |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 401K, 403B, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pagarés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fondos de Mercado de Dinero |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta de Retiro Individual (IRA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Christmas Club | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Escrituras de Fideicomiso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Plan de Compensación Diferida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Obsequio Uniforme a Cuentas de Menores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Plan Keogh | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Certificado de Depósito (CD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fondos de fideicomiso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Acciones o bonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Planes de pensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta ABLE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |

— Si tiene **alguno de los anteriores**, proporcione la siguiente información:

a.
 Nombre del Propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Nombre del Copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Nombre del Banco o Institución	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	\$ Saldo
Dirección del Banco o Institución			

b.
 Nombre del Propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Nombre del Copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Nombre del Banco o Institución	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	\$ Saldo
Dirección del Banco o Institución			

- Sí NO 2. ¿Alguien ha recibido o espera recibir ganancias de \$3,500 o más de la lotería o juegos de azar? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____
- Sí NO 3. ¿Alguna persona ha vendido, transferido o donado recursos en los últimos 3 meses (para SNAP), en los últimos 3 años (para Subsidios Auxiliares)? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

Nota: Se puede requerir información en la sección de Recursos Adicionales si solicita el programa de Subsidio Auxiliar.

C. INGRESOS

1. ¿Usted o alguna persona que vive con usted reciben o esperan recibir alguno de los siguientes tipos de dinero por trabajar? Incluya el dinero de todos los trabajos que tiene ahora o espera comenzar de tiempo completo, de medio tiempo, estacionales, temporales o trabajos por cuenta propia. Responda Sí o No a continuación y proporcione la información solicitada:

- | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sueldo/Salario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pago Devengado por Enfermedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ingreso por Contrato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños/Adultos o guardería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cualquier otra forma de dinero |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pago por Vacaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Agricultura/Pesca | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Comisiones, Bonificaciones, Propinas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trabajos esporádicos | | |

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador
Número de Horas a la Semana	Cronograma de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de Inicio del Empleo	Próxima Fecha de Pago (mm/dd/aaaa)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador
Número de Horas a la Semana	Cronograma de Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de Inicio del Empleo	Próxima Fecha de Pago (mm/dd/aaaa)

INGRESOS (continuación)

SÍ NO 2. ¿Alguna persona ha sido despedida, suspendida, se ausentó por enfermedad o por maternidad, participó en una huelga, renunció a su empleo o se redujeron sus horas trabajadas desde que presentó la solicitud? Si la respuesta es **SÍ**, indique el nombre y explique: _____

3. ¿Usted o alguna persona que vive con usted (incluidos los niños) reciben o esperan recibir alguno de los siguientes? Responda Sí o No a continuación y proporcione la información solicitada

- | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Beneficios de VA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Beneficios de huelga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asistencia infantil, manutención | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Premios ganados |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Regalos o contribuciones en efectivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ingresos por habitaciones /alojamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Todos los alimentos, vestimenta, servicios o renta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Préstamos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Beneficios de Black Lung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otro retiro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Indemnización Laboral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Interés, dividendos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asignación Militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ingreso por Alquileres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Liquidación de seguros |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asistencia Pública (TANF, GR etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Herencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cualquier otro tipo de dinero |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Subsidios para capacitación (WIA, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Retiro del ferrocarril | | |

a. _____ \$ _____
Nombre de la Persona **Importe** **Tipo de Dinero o Ayuda** **¿Con qué Frecuencia la Recibe?**

b. _____ \$ _____
Nombre de la Persona **Importe** **Tipo de Dinero o Ayuda** **¿Con qué Frecuencia la Recibe?**

c. _____ \$ _____
Nombre de la Persona **Importe** **Tipo de Dinero o Ayuda** **¿Con qué Frecuencia la Recibe?**

SÍ NO 4. ¿Alguna persona además de las personas de su caso paga directamente por usted, lo ayuda a pagar o le presta dinero para pagar el alquiler, los servicios públicos, las facturas médicas o cualquier otra factura? ¿O alguna persona le suministra alimentos, alojamiento o ropa para usted u otra persona de manera regular? Si la respuesta es **SÍ**, indique el nombre, el importe y explique: _____

SÍ NO 5. ¿Alguna persona tiene un gasto de guardería para un niño, cuidados de una persona mayor o un adulto con discapacidad? Si la respuesta es **SÍ**, indique el nombre, el importe y explique: _____

SÍ NO 6. ¿Alguna persona paga manutención infantil por una obligación legal a una persona que no es miembro del hogar? Si la respuesta es **SÍ**, indique el nombre de la persona que paga, la persona que recibe la manutención y el importe: _____

D. ASISTENCIA FINANCIERA PARA NIÑOS

SÍ NO 1. ¿Los padres ausentes comenzaron a mantener a los niños o cambiaron el importe de la manutención? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

SÍ NO 2. ¿Los padres legales tienen una discapacidad tal que no pueden trabajar? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

SÍ NO 3. ¿Tiene alguna información nueva que nos ayude a localizar a los padres ausentes? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

E. BENEFICIOS DE SNAP

1. Indique el nombre de la persona que es el jefe de su hogar: _____
2. Un representante autorizado puede solicitar los beneficios de SNAP en su nombre, recibir y usar sus beneficios de SNAP en su nombre, o recibir copias de los avisos de su programa. Si desea nombrar a un representante autorizado, proporcione la siguiente información sobre el representante y lo que desea que el representante haga en su representación.

Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Representante Autorizado	Marque (✓) cada función autorizada para esa persona
	<input type="checkbox"/> Solicitar beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> Recibir correspondencia <input type="checkbox"/> Recibir o usar beneficios de SNAP

- SÍ NO 3. ¿Alguna persona que vive en su hogar NO está incluida en su solicitud de SNAP? Si la respuesta es **SÍ**, ¿usted y todas las personas de la solicitud generalmente compran y preparan comidas además de estas personas? O, ¿tiene intención de hacerlo si se aprueba su solicitud de beneficios de SNAP? Marque (✓) SÍ NO
- SÍ NO 4. ¿Alguien que vive en su casa es un compañero de habitación o huésped? Si la respuesta es **SÍ**, indique los nombres: _____
- SÍ NO 5. ¿Hay alguna persona mayor de 60 años o con aprobación para recibir Medicaid debido a una discapacidad O recibe algún tipo de pago por discapacidad? Si la respuesta es **SÍ**, mencione todos los gastos médicos actuales para estas personas.

Miembro del Hogar con Gasto de Médico	Tipo de Gasto	Importe	Nombre del Médico, Hospital, Farmacia

- SÍ NO 6. ¿Tiene alguno de los siguientes gastos de alojamiento? Si la respuesta es **SÍ**, indique sus gastos actuales. Marque (✓) aquí si estos gastos son para una casa en la que no vive.

Gasto	Importe Facturado	Frecuencia de Facturación	¿Quién es Responsable de la Factura?
Alquiler/Hipoteca			
Impuestos			
Seguro			
Electricidad			
Electricidad			
Carbón/Madera			
Agua/Alcantarillas/Residuos			
Teléfono			
Instalación			

6a ¿Cómo calefacciona su hogar? _____

- SÍ NO 6b ¿Tiene aire acondicionado en su hogar?
- SÍ NO 6c ¿Recibió asistencia de energía/combustible durante el año pasado mientras vivía en su hogar actual?
- SÍ NO 6d ¿Se está alojando temporalmente en el hogar de otra persona, un refugio de emergencia, un hotel de bienestar, otra vivienda temporal o un lugar no utilizado habitualmente para dormir? Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuál es el importe del alojamiento mensual?

Si se hospeda temporalmente en la casa de otra persona, ¿cuándo se mudó allí? _____

Declaración de No Discriminación de USDA

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

El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o sanciones o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o 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 queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de los EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
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 relacionada con problemas del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español o pueden llamar a los números de información/línea directa del estado (haga clic en el enlace para ver una lista de números de línea directa 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 federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., escriba a: Director de HHS, Oficina de Derechos Civiles, Sala 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Certificación de la Agencia del Registro de Votantes del Estado de Virginia

**Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿desea solicitar el registro para votar aquí hoy?
(Marque solo una opción)**

- Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual o no soy elegible para registrarme para votar y no necesito una solicitud para registrarme para votar.
- Sí, deseo solicitar registrarme para votar. (Complete el formulario de solicitud de registro de votante)
- No, no deseo registrarme para votar.

Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido **no** registrarse para votar en este momento. Solicitar registrarse para votar o negarse a registrarse para votar no afectará la asistencia o los servicios que le brindará esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este hecho será confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado si lo desea.

Si cree que una persona ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, puede presentar una queja ante: Secretario de la Junta Electoral del Estado de Virginia, Washington Building, 1100 Bank Street, Richmond, VA 23219-3497, teléfono (804) 864-8901.

Nombre del Solicitante

Firma

Fecha

para uso exclusivo de la agencia

Formulario completado del Registro de Votante:

Sí No

Formulario de Registro del Votante entregado al solicitante para su posterior envío (a pedido del solicitante)

Firma del Personal de la Agencia

Fecha

VERIFICACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN

La información que proporciona en esta solicitud, incluido el número del Seguro Social (SSN), se puede comprobar en los registros federales, estatales y locales. Estos registros incluyen:

- Comisión de Empleo de Virginia (VEC)
- Servicio de Ingresos Internos (IRS)
- Administración del Seguro Social (SSA)
- Departamento de Vehículos Automotores (DMV)
- Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (USCIS)
- Sistema de Verificación de Ingresos e Elegibilidad IEVS)

INFORME DE CAMBIO DE SNAP,

Debe informar los cambios que ocurran para SNAP, pero lo que debe informar está vinculado al plazo en que se determina que usted es elegible para los beneficios, el período de certificación. Debe informar los cambios que ocurran durante el período de certificación dentro de los 10 días, pero a más tardar el 10° día del mes posterior al cambio.

Los cambios que deben informarse durante el período de certificación para SNAP dependen de la duración del período de certificación. El "Informe Simplificado" se aplica a los hogares que son elegibles para los beneficios de SNAP por cinco (5) meses o más. El "Informe de Cambios" se aplica a los hogares que son elegibles de un (1) mes a cuatro (4) meses.

PRESENTACIÓN DEL INFORME PROVISORIO

Además de informar los cambios cuando ocurren durante el período de certificación de SNAP, se puede requerir que los hogares con informes simplificados presenten un informe provisorio en el sexto o duodécimo mes. El informe provisorio se utiliza para determinar la cantidad de beneficios de SNAP que recibirán los hogares durante la segunda mitad del período de certificación. El informe provisorio proporciona una descripción de las circunstancias del hogar que se presentaron en el momento de la solicitud. Solicitaremos pruebas de los cambios en los ingresos y los cambios en las obligaciones legales para pagar la manutención de los hijos. Si los hogares no devuelven el Informe provisorio completo para el quinto del mes, los beneficios de SNAP para el séptimo o el decimotercer mes pueden retrasarse o cerrarse. La asistencia para presentar el Informe provisorio está disponible llamando al número de teléfono impreso en el formulario.

MEDIANTE MI FIRMA ABAJO, DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA AQUÍ ES CORRECTA Y COMPLETA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Comprendo:

- Todas mis responsabilidades, incluida mi responsabilidad de informar los cambios requeridos a tiempo.
- Si proporciono información falsa, incorrecta o incompleta, o no informo los cambios requeridos a tiempo, podría estar infringiendo la ley y podría ser procesado.
- Si ayudé a una persona a completar este formulario para obtener beneficios a los que no tiene derecho, podría estar violando la ley y podría ser procesado.
- Si me niego a cooperar con cualquier revisión de mi elegibilidad, incluidas las revisiones de aseguramiento de calidad, mis beneficios pueden ser denegados hasta que coopere.
- Si mi solicitud es para SNAP, el hecho de no informar o verificar mis gastos será considerado como una declaración de mi hogar de que no quiero recibir una deducción por gastos no declarados.

Mi firma autoriza la divulgación a esta agencia de toda la información necesaria para determinar y revisar mi elegibilidad. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación. Entiendo que este límite de tiempo no se aplica a las investigaciones sobre posibles fraudes.

Completé esta solicitud solo: Sí No

Si la respuesta es NO, me lo leyeron cuando se completó: Sí No

Su firma o la firma o marca del representante autorizado

Fecha

Testigo de la marca o intérprete

Fecha

Complete esta sección si otra persona completó esta solicitud para el solicitante.

Nombre de la persona que completa la solicitud

Fecha

Relación con el solicitante

Número de Teléfono Principal _____

Número de Teléfono Alternativo _____