

Estado de Virginia
Departamento de Servicios Sociales
SOLICITUD DE BENEFICIOS

INFORMACIÓN GENERAL

Con esta solicitud, puede solicitar uno o más de los siguientes programas de asistencia:

- Subsidios Auxiliares (AG)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Alivio General – Niño no Relacionado (GR)
- Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)
- Asistencia de Emergencia TANF (TANF EA)

Tenga en cuenta que una solicitud de TANF se considerará como una solicitud de SNAP. Asegúrese de marcar **TANF-No SNAP** en la sección **Composición del Hogar** si solo desea solicitar TANF.

CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, un amigo o familiar o su trabajador de elegibilidad pueden ayudarlo. Si completa esta solicitud para otra persona, responda cada pregunta como si fuera esa persona. Si necesita cambiar una respuesta o hacer una corrección, escriba la información correcta cerca y coloque sus iniciales y la fecha al lado del cambio. Si hay más de 6 personas que viven en su hogar y necesita más espacio para mencionar a todos, informe a la agencia que necesita páginas adicionales. Si tiene una discapacidad o tiene dificultades con el inglés, puede recibir ayuda adicional para asegurarse de obtener la asistencia o los servicios para los que es elegible.

INFORMACIÓN COMPLETA Y PRECISA

Debe proporcionar información completa, precisa y verdadera. Si no proporciona la información necesaria, es posible que no podamos determinar su elegibilidad para recibir la asistencia. Si a sabiendas proporciona información falsa, incorrecta o incompleta, o no informa los cambios, podría perder sus beneficios y ser arrestado, procesado, recibir una multa o podrían encarcelarlo. Si a sabiendas proporciona información falsa, incorrecta o incompleta para ayudar a otra persona a recibir beneficios, podría ser arrestado y procesado por fraude.

CÓMO PRESENTAR LA SOLICITUD

Puede entregar una solicitud parcialmente completa que contenga al menos su nombre, dirección y firma (o la firma de su representante autorizado), **pero debe completar el resto de esta solicitud antes de poder determinar su elegibilidad**. Para algunos programas, también debe presentarse a una entrevista, pero puede entregar su solicitud antes de la entrevista. Puede presentar su solicitud en cualquier momento durante el horario de oficina el mismo día en que se comunique con su agencia local. Tiene derecho a presentar su solicitud, incluso si parece que no es elegible para recibir beneficios.

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 y Elegibilidad IEVS)

Se investigará cualquier diferencia entre la información que proporcione y estos registros. La información de estos registros puede afectar su elegibilidad y el monto del beneficio. La información puede usarse para:

- determinar la corrección, exactitud y veracidad de la solicitud;
- verificar su identidad y ciudadanía; verificar sueldos y salarios, beneficios de desempleo e ingresos no derivados del trabajo, como los beneficios de Seguridad Social e Ingreso Complementario de Seguridad (SSI); verificar períodos de cobertura del Seguro Social para un extranjero o verificar el estado de los extranjeros;
- evitar la recepción de beneficios de más de una agencia de servicios sociales al mismo tiempo;
- realizar los cambios requeridos en el programa;
- permitir la divulgación para el examen oficial y a los funcionarios del cumplimiento de la ley para ayudar a detener a las personas que huyen de la ley; o
- colaborar en acciones de cobro de reclamos de SNAP.

Su información también puede usarse o divulgarse para estudiar programas de beneficios públicos, como SNAP o TANF.

No se requiere información sobre su raza y origen étnico, y no afectará su elegibilidad ni el importe de los beneficios. Se solicita esta información para asegurarse de que los beneficios del programa se brinden sin distinción de raza, color u origen nacional.

INFORMACIÓN ESPECIAL PARA SOLICITANTES DE SNAP

Puede solicitar los beneficios de SNAP presentando una Solicitud de Beneficios completa en la agencia o presentando una solicitud parcialmente completa con al menos su nombre, dirección y firma, o cortando y presentando la mitad de la hoja en la página siguiente con su nombre, dirección y firma. **Debe completar el resto de esta Solicitud antes de que se pueda determinar su elegibilidad.**

También debe ser entrevistado en la oficina o por teléfono. Puede presentar su solicitud antes de ser entrevistado. Esto es importante porque si es elegible para el mes en el que presenta la solicitud, el monto de su SNAP se basará en la fecha en que entregue su solicitud.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

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.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

1. No escriba en las áreas sombreadas. Estas áreas son para uso exclusivo de la agencia.
2. Complete la **SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**. Complete el cuadro en la **SECCIÓN B: Composición del hogar** para todas las personas que viven en su hogar, incluso si esa persona no está incluida en la solicitud. Puede dejar en blanco las preguntas sobre ciudadanía, inmigración y Número de Seguro Social de cualquier persona para la que NO solicite asistencia.
3. Responda las preguntas en la **SECCIÓN C: INGRESOS** de todas las personas incluidas en la solicitud. Asimismo, si solicita **TANF**, incluya también información para los niños menores de 18 años, incluso si no están incluidos en la solicitud y de los padrastros de los niños incluidos en la solicitud.
4. Responda las preguntas en la **SECCIÓN D: RECURSOS** de todas las personas incluidas en la solicitud a menos que solicite solo TANF.
5. Después de completar las secciones A a D, responda las preguntas en las secciones indicadas a continuación, según el tipo de asistencia que solicite.

TANF
SNAP

Sección E, página 5
Sección G, página 6

Asistencia de Emergencia de TANF **Sección F**, página 6
Subsidios Auxiliares **Sección H**, páginas 7-8

7. Lea **INFORMES DE CAMBIO Y SANCIONES** en las páginas 9-10.
8. Lea y complete la última página de esta solicitud. Asegúrese de firmar y fechar la solicitud.

SERVICIO ACCELERADO PARA BENEFICIOS DE SNAP

Su hogar puede calificar para el Servicio Acelerado y recibir beneficios de SNAP dentro de los 7 días si es elegible. Para calificar para el Servicio Acelerado: 1) su ingreso bruto mensual debe ser inferior a \$ 150 y los recursos líquidos de \$ 100 o menos; 2) sus facturas mensuales de vivienda deben ser más altas que el ingreso bruto mensual de su hogar más sus recursos líquidos; o 3) alguien en su hogar debe ser un trabajador agrícola migrante o estacional con poco o ningún ingreso y recursos. **PROPORCIONE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN PARA QUE SE PUEDA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO ACCELERADO.**

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	Número del Seguro Social: _____
_____	Número de Teléfono: _____
_____	_____
Firma:	Fecha

Ingresos totales recibidos/esperados este mes antes de las deducciones	\$ _____
Total de efectivo, dinero en cuentas corrientes/cajas de ahorro, certificados de depósito, etc.	\$ _____
Alquiler total o hipoteca para este mes	\$ _____
Gastos de servicios públicos para este mes	\$ _____
¿Qué servicios públicos paga? (marque todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Electricidad para el Aire Acondicionado	
<input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillas <input type="checkbox"/> Residuos <input type="checkbox"/> Otros	
¿Alguna persona en su hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

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 del Registro de Votante entregado al solicitante para su posterior envío (a solicitud del solicitante) Sí No

Firma del Personal de la Agencia

Fecha:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

NOMBRE DEL CASO

NÚMERO DE CASO

LOCALIDAD

EXAMINADOR

FECHA

DETERMINACIÓN DE SERVICIO ACELERADO

Ingreso < \$150 + recursos ≤ \$100

SÍ NO

Ingreso + recursos < facturas de alojamiento

SÍ NO

Para trabajadores agrícolas inmigrantes o estacionales:

Se esperan recursos ≤ \$100 y ≤ \$25 en los próximos 10 días a partir de nuevos ingresos; SÍ NO

O

Se esperan recursos ≤ \$100 y \$0 de ingresos de una fuente terminada para el resto del mes o el mes siguiente.

SÍ NO

ACELERAR SI RESPONDE SÍ A ALGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES.

SOLICITUD DE BENEFICIOS

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

Nombre del Caso	Número de Caso	Localidad
Fecha de Recepción	Fecha de la Entrevista:	<input type="checkbox"/> En la oficina <input type="checkbox"/> Teléfono
Entrevistador	Programa(s)	

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

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

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Somalí | <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Kurdo | <input type="checkbox"/> Alemán | _____ |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Haitiano-Criollo | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Japonés | _____ |

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 Common Help (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** _____

- SÍ NO 1. ¿Alguna vez, usted o una persona incluida en la solicitud, han solicitado o recibido, o están recibiendo algún beneficio de una agencia de servicios sociales, incluidos SNAP (cupones de alimentos), TANF, Medicaid, Alivio General, Subsidio Auxiliar, Cuidado de Tutela, Asistencia de Adopción o Asistencia en Efectivo para Refugiados? Si la respuesta es **SÍ**, ingrese la información siguiente.
Nombre: _____ Tipo de Beneficio Recibido: _____
Cuándo: _____ De qué Condado, Ciudad o Estado: _____
- SÍ NO 2. ¿Alguna vez, usted o una persona incluida en la solicitud han sido condenados por hacer declaraciones falsas o engañosas sobre su identidad o dirección para recibir TANF, SNAP o Medicaid en dos o más estados al mismo tiempo? Si la respuesta es **SÍ**, indique la fecha y el lugar de la condena. _____
- SÍ NO 3. ¿Alguna vez, usted o una persona incluida en la solicitud, han sido descalificados para participar en TANF, SNAP o Medicaid? Si la respuesta es **SÍ**, indique la fecha y el lugar de la descalificación. _____
- SÍ NO 4. ¿Usted o alguna persona incluida en la solicitud violan la libertad bajo palabra o condicional, o son fugitivos para evitar el enjuiciamiento o castigo de un delito grave? Si la respuesta es **SÍ**, explique _____
- SÍ NO 5. ¿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:
a. ¿Abuso sexual agravado conforme el Título 18 del Código de Estados Unidos (USC), Sección 2241 o un delito estatal similar? SÍ NO
b. ¿Homicidio conforme el Título 18 del USC, Sección 1111 o un delito estatal similar? SÍ NO
c. ¿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
d. ¿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. 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. Indique su nombre en primer lugar.

1

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

Número del Seguro Social: _____

Género: Masculino Femenino

Estado Civil: Casado Nunca estuvo casado

Separado Divorciado Viudo

Grado Más Alto Completado: _____

Nombre de la Escuela, si es Estudiante: _____

¿Es veterano o dependiente? Sí No :

Programa(s) Solicitado(s):

Ninguno AG GR RCA SNAP
 TANF TANF EA TANF--No SNAP

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

En representación propia

Relación con usted _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

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

Si la respuesta es No, estado de inmigración _____

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

Número de Registro de Extranjero: _____

¿Es discapacitado o está embarazada? Sí No

¿Vive temporalmente lejos de su hogar? Sí No

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

Motivo por estar fuera de su hogar: _____

2

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

Número del Seguro Social: _____

Género: Masculino Femenino

Estado Civil: Casado Nunca estuvo casado

Separado Divorciado Viudo

Grado Más Alto Completado: _____

Nombre de la Escuela, si es Estudiante: _____

¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No:

Programa(s) Solicitado(s):

Ninguno AG GR RCA SNAP
 TANF TANF EA TANF--No SNAP

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

Relación con el Solicitante _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

¿Esta persona es ciudadana de los EE. UU.? Sí No

Si la respuesta es No, estado de inmigración _____

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

Número de Registro de Extranjero: _____

¿Esta persona está discapacitada o embarazada? Sí No

¿Esta persona se encuentra temporalmente alejada de su hogar?

Sí No

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

Motivo por estar fuera de su hogar: _____

3

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

Número del Seguro Social: _____

Género: Masculino Femenino

Estado Civil: Casado Nunca estuvo casado

Separado Divorciado Viudo

Grado Más Alto Completado: _____

Nombre de la Escuela, si es Estudiante: _____

¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No:

Programa(s) Solicitado(s):

Ninguno AG GR RCA SNAP
 TANF TANF EA TANF--No SNAP

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

Relación con el Solicitante _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

¿Esta persona es ciudadana de los EE. UU.? Sí No

Si la respuesta es No, estado de inmigración _____

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

Número de Registro de Extranjero: _____

¿Esta persona está discapacitada o embarazada? Sí No

¿Esta persona se encuentra temporalmente alejada de su hogar? Sí

No

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

Motivo por estar fuera de su hogar: _____

COMPOSICIÓN DE 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.

4**Nombre** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____**Número del Seguro Social:** _____**Género:** Masculino Femenino**Estado Civil:** Casado Nunca estuvo casado Separado Divorciado Viudo**Grado Más Alto Completado:** _____**Nombre de la Escuela, si es Estudiante:** _____¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No :

No :

Programa(s) Solicitado(s): Ninguno AG GR RCA SNAP TANF TANF EA TANF--No SNAP**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**5****Nombre** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____**Número del Seguro Social:** _____**Género:** Masculino Femenino**Estado Civil:** Casado Nunca estuvo casado Separado Divorciado Viudo**Grado Más Alto Completado:** _____**Nombre de la Escuela, si es Estudiante:** _____¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No :

No :

Programa(s) Solicitado(s): Ninguno AG GR RCA SNAP TANF TANF EA TANF--No SNAP**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) _____**Número del Seguro Social:** _____**Género:** Masculino Femenino**Estado Civil:** Casado Nunca estuvo casado Separado Divorciado Viudo**Grado Más Alto Completado:** _____**Nombre de la Escuela, si es Estudiante:** _____¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No:**Programa(s) Solicitado(s):** Ninguno AG GR RCA SNAP TANF TANF EA TANF--No SNAP**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**Relación con el Solicitante** **Fecha de Nacimiento** (mm-dd-aaaa)**Ciudad, Estado, País de Nacimiento:** _____¿Esta persona es ciudadana de los EE. UU.? Sí No

Si la respuesta es No, estado de inmigración _____

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___**Número de Registro de Extranjero:** _____¿Esta persona está discapacitada o embarazada? Sí No

¿Esta persona se encuentra temporalmente alejada de su hogar?

 Sí No**Fecha de Partida** ___/___/___ **Fecha Esperada de Retorno** ___/___/___**Motivo por estar fuera de su hogar:****Relación con el Solicitante** **Fecha de Nacimiento** (mm-dd-aaaa)**Ciudad, Estado, País de Nacimiento:** _____¿Esta persona es ciudadana de los EE. UU.? Sí No

Si la respuesta es No, estado de inmigración _____

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___**Número de Registro de Extranjero:** _____¿Esta persona está discapacitada o embarazada? Sí No

¿Esta persona se encuentra temporalmente alejada de su hogar?

 Sí No**Fecha de Partida** ___/___/___ **Fecha Esperada de Retorno** ___/___/___**Motivo por estar fuera de su hogar:****Relación con el Solicitante** **Fecha de Nacimiento** (mm-dd-aaaa)**Ciudad, Estado, País de Nacimiento:** _____¿Esta persona es ciudadana de los EE. UU.? Sí No

Si la respuesta es No, estado de inmigración _____

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___**Número de Registro de Extranjero:** _____¿Esta persona está discapacitada o embarazada? Sí No¿Esta persona se encuentra temporalmente alejada de su hogar? Sí No**Fecha de Partida** ___/___/___ **Fecha Esperada de Retorno** ___/___/___**Motivo por estar fuera de su hogar:**

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 trabajo 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 Doméstico |
| <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"/> Trabajo Independiente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pago por Vacaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Agricultura/Pesca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cualquier otra forma de dinero |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Comisiones, Bonificaciones, Propinas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trabajos esporádicos | | |

a.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador
Número de Horas a la Semana	Frecuencia de Pago
Fecha de Inicio del Empleo	Próxima Fecha de Pago (mm-dd-aaaa)

Cronograma de Pago

- Semanal Mensual
 Quincenal Dos veces al mes
 Otro

b.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador
Número de Horas a la Semana	Frecuencia de Pago
Fecha de Inicio del Empleo	Próxima Fecha de Pago (mm-dd-aaaa)

Cronograma de Pago

- Semanal Mensual
 Quincenal Dos veces al mes
 Otro

Sí NO 2. ¿Alguna persona ha sido despedida, suspendida, se ausentó por enfermedad o maternidad, participó en una huelga, renunció a su empleo o se redujeron sus horas trabajadas en los últimos 60 días? 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"/> Regalos o contribuciones en efectivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Beneficios de huelga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Premios ganados |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Beneficios de VA | <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"/> Asistencia infantil, manutención | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Beneficios de Black Lung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otro retiro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asistencia Pública (TANF, GR etc) | <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"/> Subsidios para capacitación (WIA, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Herencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Subsidio equivalente para refugiados |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Préstamos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Retiro del ferrocarril | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cualquier otro tipo de dinero |

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. RECURSOS

No es necesario que complete esta sección si solo está solicitando 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"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

— Si la respuesta es **Sí a alguna de las opciones 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), o en los últimos 3 años (para Subsidios auxiliares)? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

E. ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS MARGINADAS (TANF) (SOLICITE UNA PÁGINA ADICIONAL SI NECESITA MÁS ESPACIO)

<p>1. INFORMACIÓN DEL NIÑO/PADRE</p> <p>Indique el menor para el que solicita la asistencia. Luego, indique el nombre del padre y la madre.</p> <p>Debe identificar al padre y a la madre para recibir TANF. Si intencionalmente ingresa la identificación incorrecta de uno de los pares, puede ser procesado</p>	<p>2. INMUNIZACIÓN</p> <p>(Responda solo si solicita TANF.)</p> <p>¿El niño ha recibido TODAS las vacunas requeridas de acuerdo con su edad?</p> <p>Marque (✓) Sí O No O No sabe</p>
Nombre del Niño	Sí () No () No sabe ()
Madre	
Padre	
Nombre del Niño	Sí () No () No sabe ()
Madre	
Padre	
Nombre del Niño	Sí () No () No sabe ()
Madre	
Padre	
Nombre del Niño	Sí () No () No sabe ()
Madre	
Padre	

F. ASISTENCIA DE EMERGENCIA TANF

- SÍ NO 1. ¿Tiene su hogar una necesidad de emergencia relacionada con necesidades básicas (alimentos, refugio, artículos de refugio, desalojo potencial, gastos médicos, gastos de cuidado de niños o los costos asociados con la obtención o el mantenimiento del empleo, incluidos los costos de transporte)?
- SÍ NO 2. ¿Alguien tiene necesidades de emergencia como resultado de un desastre natural o incendio, como el reemplazo de ropa o la reparación o reemplazo de equipos y suministros domésticos que fueron destruidos? En caso afirmativo, explique a continuación?

Descripción y causa de la emergencia

G. 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. Tenga en cuenta que es posible que solo tenga un representante que pueda acceder a sus beneficios.

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"/> Acceder o usar beneficios de SNAP
	<input type="checkbox"/> Solicitar beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> Recibir correspondencia <input type="checkbox"/> Acceder 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. ¿Alguna persona que vive en su casa le está alquilando una habitación (un inquilino) o se le está proporcionando una habitación y comida (un 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			
Gas/Petróleo/Queroseno/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? _____

H. SUBSIDIOS AUXILIARES (AG)

- SÍ NO 1 ¿Vive en un centro de vida asistida, un hogar de acogida para adultos, un centro de enfermería u otra institución? Si la respuesta es **SÍ**, Fecha de Ingreso del Solicitante _____ Ciudad/Condado y Estado donde vivió antes de ingresar a la institución _____.
Si vive fuera de Virginia, ¿la colocación fue indicada por una agencia del gobierno? SÍ NO
- SÍ NO 2 ¿Ha solicitado o está solicitando una vivienda de apoyo?
- SÍ NO 3 ¿Tiene un cónyuge que no vive en el hogar? Si la respuesta es **SÍ**, ingrese el nombre y la dirección del cónyuge _____
- SÍ NO 4. ¿Has vivido en Virginia durante los últimos 90 días?
- SÍ NO 5 ¿Adeuda o pagó las facturas que tenía en el mes de ingreso a un centro de asistencia o un hogar de acogida para adultos?
- SÍ NO 6. ¿Tiene facturas médicas impagas durante los tres meses anteriores al mes de la solicitud?

Descripción de las Facturas	Fechas de las Facturas	Fechas de Pago de las Facturas

- SÍ NO 7. ¿Es propietario de artículos del hogar o efectos personales por un valor superior a \$500? Si la respuesta es **SÍ**, indique los artículos y su valor aquí. _____

- SÍ NO 8. Tiene alguna parcela de entierro, arreglo de entierro o fondos fiduciarios para el entierro?

Propietario(s)	Número de Parcelas, Tipo de Arreglo:	Lugar	Valor \$ Importe Adeudado \$	Fecha de Compra

- SÍ NO 9. ¿Alguna persona es propietaria de bienes personales, como casas rodantes/remolques, botes no motorizados, remolques utilitarios, herramientas, equipos, suministros o ganado?

Propietario(s)	Tipo	¿Se utiliza este bien en su negocio o comercio, incluida la agricultura? SÍ () NO ()	Valor	Importe Adeudado	Fecha de Compra

- SÍ NO 10. ¿Alguna persona posee bienes inmuebles, incluidas las sucesiones, propiedades heredadas, terrenos, edificios o casas móviles?
Si la respuesta es SÍ, ¿vive allí? Marque (✓): SÍ NO

Propietario(s)	Tipo	SÍ () NO () ¿Actualmente está alquilado? SÍ () NO () ¿Produce ingresos? SÍ () NO () ¿Actualmente está a la venta?	Valor \$	Importe Adeudado \$	Fecha de Compra

- SÍ NO 11. ¿Alguna persona vehículos, como automóviles, camiones, camionetas, lanchas motoras, casas rodantes, vehículos recreativos o motocicletas/ciclomotores?

Propietario(s)	Tipo, marca, modelo, año	¿Actualmente tiene licencia?	N.º de ID del vehículo N.º de licencia	Importe del Valor Adeudado	Cómo se Utiliza	Fecha de Compra
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	N.º N.º	\$ \$		

- SÍ NO 12. ¿Es propietario de artículos para el hogar o efectos personales por valor de más de \$500, como plata, porcelana fina, pieles, obras de arte, joyas u otros objetos conservados por su valor o como inversión?

Descripción y Valor de los Elementos

H. SUBSIDIOS AUXILIARES (AG) (continuación)

- SÍ NO 13. ¿Alguna persona tiene un seguro de vida? Si la respuesta es **SÍ**, proporcione información sobre cada póliza. Mencione cada póliza por separado. Adjunte hojas separadas de ser necesario.

Propietario	Persona Asegurada	Tipo de Seguro <input type="checkbox"/> De Vida <input type="checkbox"/> A plazo	Valor Nominal \$	Valor en Efectivo \$
Nombre de la Compañía	Número de Póliza			
Propietario	Persona Asegurada	Tipo de Seguro <input type="checkbox"/> De Vida <input type="checkbox"/> A plazo	Valor Nominal \$	Valor en Efectivo \$
Nombre de la Compañía	Número de Póliza			
Propietario	Persona Asegurada	Tipo de Seguro <input type="checkbox"/> De Vida <input type="checkbox"/> A plazo	Valor Nominal \$	Valor en Efectivo \$
Nombre de la Compañía	Número de Póliza			

Una solicitud de AG también es una solicitud de Medicaid. Las siguientes preguntas ayudarán a determinar la elegibilidad para Medicaid a través del Departamento de Servicios Sociales o la posible elegibilidad para Créditos de Impuestos de Prima Avanzada (APTC) para seguro de salud privado a través del Mercado Federal (Healthcare.gov).

- SÍ NO 14. ¿Alguna persona tiene seguro de salud? Si la respuesta es **SÍ**, complete lo siguiente:

Titular de la Póliza:	Persona(s) Asegurada(s):
Compañía, Nombre, Dirección, Teléfono	
Tipo de Cobertura:	Fecha de Inicio: / / Fecha de Finalización: / /
Número de ID:	Importe de la Prima: \$

- SÍ NO 15. ¿Alguna persona tiene Medicare?

Persona Asegurada	Número de Reclamo	Cobertura
		<input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B
		<input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B

16. Indique los nombres de todas las personas que espera incluir en su declaración de impuestos este año, ya sea que vivan o no en la misma casa que usted. Para cualquier persona en el hogar que no presente impuestos y que no aparecerá en la declaración de impuestos de otra persona, indique sus nombres en "Persona(s) que No Presenta(n) Declaración".

Persona que Presenta la Declaración:	
Contribuyente Conjunto:	
Dependiente(s) de Impuestos:	
Persona(s) que No Presenta(n) Declaración Impositiva:	

**INFORMES DE CAMBIOS, RESPONSABILIDADES Y SANCIONES
(LEA ESTA SECCIÓN CON ATENCIÓN ANTES DE FIRMAR ESTA SOLICITUD)**

INFORMES DE CAMBIOS

Debe informar los cambios que ocurran. Qué debe informar y cuándo varía según el programa que se detalla a continuación o en la página siguiente para SNAP.

TANF/Asistencia en Efectivo para Refugiados: Informe dentro de los 10 días, pero no después del día 10 del mes posterior al cambio. Informe estos cambios:

- El ingreso de su hogar supera el 130 % del nivel federal de pobreza. Consulte el Informe de Cambios o el Aviso de Acción para conocer el importe o visite www.dss.virginia.gov.
- Si cambia su domicilio.
- Si una persona elegible se marcha o ingresa al hogar.
- Cambios que pueden afectar su participación en VIEW, como cambios en ingresos, empleo, educación, capacitación, transporte y cuidado de niños.

Alivio General – Niño no Relacionado: Informe el día que ocurre el cambio o el primer día que la agencia esté abierta después de que ocurra el cambio. Informe estos cambios:

- Si cambia su domicilio.
- Si cambia el importe de sus ingresos mensuales.
- Si hay otros cambios que puedan afectar la elegibilidad.

Subsidios Auxiliares: Informe los cambios dentro de los 10 días. Informe estos cambios:

- Si cambia su domicilio.
- Si cambia el importe de sus ingresos mensuales.
- Si hay cambios en sus recursos, incluida la transferencia de activos/propiedades o en cualquier vehículo de motor de su propiedad.

SANCIONES POR VIOLACIONES A TANF Y LA ASISTENCIA EN EFECTIVO PARA REFUGIADOS (RCA)

No debe proporcionar información falsa a sabiendas, ocultar información o no informar los cambios a tiempo para recibir TANF o RCA, ni recibir servicios de apoyo o de transición, como cuidado de niños o asistencia con el transporte.

Si se lo encuentra culpable de infringir estas reglas intencionalmente, no será elegible para recibir TANF o RCA durante 6 meses. (1.º violación), 12 meses (2.º violación) o de forma permanente (3.º violación). Además, puede ser procesado según las leyes federales o estatales.

Cualquier persona condenada por proporcionar información falsa sobre su residencia para obtener TANF, Medicaid, beneficios de SNAP o SSI en dos o más estados no es elegible para TANF por 10 años.

INFORMES DE CAMBIOS, RESPONSABILIDADES Y SANCIONES RELACIONADAS CON SNAP (LEA ESTA SECCIÓN CON ATENCIÓN ANTES DE FIRMAR ESTA SOLICITUD)

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 debe informar durante el período de certificación para SNAP dependerán 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. Los cambios que deben informarse para cada categoría se indican a continuación.

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.

REQUISITOS DE INFORME - HOGARES CON INFORME SIMPLIFICADO

Con certificación de cinco meses o más, los hogares deben informar:

- El número de horas de trabajo es inferior a 20 por semana para cualquier persona que tiene entre 18 y 49 años si no hay niños en el hogar que reciben SNAP;
- Tiene ganancias de lotería o apuestas de \$ 3,500 o más; o
- Todos los ingresos de su hogar antes de impuestos exceden el 130 % del nivel federal de pobreza. Consulte el Informe de Cambios o el Aviso de Acción para conocer el importe o visite www.dss.virginia.gov.

REQUISITOS DE INFORME - HOGARES CON INFORME DE CAMBIOS

Con certificación de cuatro meses o menos, los hogares deben informar:

- Hay un cambio en la cantidad de personas en su hogar;
- Su dirección cambia, incluidos los gastos de alojamiento que cambian como resultado de la mudanza;
- La obligación de pagar la manutención infantil cambia o la cantidad pagada a una persona fuera del hogar cambia;
- Sus recursos líquidos, como cuentas bancarias, efectivo, bonos, etc. son de \$ 2,250 o \$ 3,500 o más;
- Tiene ganancias de lotería o apuestas de \$ 3,500 o más;
- El número de horas de trabajo es inferior a 20 por semana cualquier persona entre 18 y 50 años si no hay niños en el hogar; o
- Se producen cambios en los ingresos:
 - Hay cambios de ingresos de más de \$100, pero no es necesario informarlo si sus ingresos de TANF cambian y su caso de TANF está en Virginia;
 - La fuente de sus ingresos cambia, incluso si comienza o deja un empleo; o
 - Su trabajo cambia de tiempo completo a medio tiempo o de medio tiempo a tiempo completo.

RESPONSABILIDADES Y SANCIONES POR VIOLACIONES A SNAP

Usted no debe:

- proporcionar información falsa u ocultar información para obtener beneficios de SNAP;
- intercambiar o vender tarjetas EBT o intentar intercambiar o vender tarjetas EBT;
- usar los beneficios de SNAP para comprar artículos no alimenticios, como alcohol, tabaco o productos de papel;
- usar la tarjeta EBT de otra persona para su hogar;
- comprar un artículo y descartar el contenido para obtener el depósito de devolución del contenedor;
- revender un producto comprado por dinero en efectivo o cambiar un producto comprado por una consideración que no sean alimentos elegibles; o
- comprar alimentos a crédito.

Si infringe intencionalmente alguna de estas reglas, se le puede prohibir obtener beneficios de SNAP durante 12 meses. (1.º violación), 24 meses (2.º violación) o de forma permanente (3.º violación); recibir una multa de hasta \$250,000, una pena de prisión de hasta 20 años, o ambos; y una suspensión por 18 meses adicionales y ser procesado según bajo otras leyes federales y estatales.

Si intencionalmente brinda información falsa u oculta información sobre su identidad o residencia para obtener beneficios de SNAP en más de una localidad al mismo tiempo, podría ser excluido por 10 años.

Si recibe una condena en un tribunal por intercambiar o vender beneficios de SNAP por \$500.00 o más, puede ser suspendido de forma permanente.

Si un tribunal lo condena por intercambiar beneficios de SNAP por una sustancia controlada, puede ser suspendido por 24 meses por la 1.º violación, de forma permanente por la 2.º violación.

Si un tribunal lo condena por intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, se lo podría suspender de forma permanente por la primera violación.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, DECLARO QUE:

- He leído la información al comienzo de esta solicitud y la sección de Informes de cambio y sanciones de esta solicitud.
- Comprendo que, 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.
- Comprendo que, si mi solicitud es para beneficios de 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 estos gastos.
- He proporcionado información verdadera y correcta en esta solicitud a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa, retengo información o no informo un cambio de inmediato o intencionalmente, podría estar infringiendo la ley y podría ser procesado por perjurio, hurto o fraude de asistencia social. Comprendo que si ayudo a una persona a completar este formulario para obtener beneficios a los que no tiene derecho a recibir, podría estar violando la ley y ser procesado.
- Como condición para recibir TANF, acepto ceder todos mis derechos al apoyo financiero que se me paga a mí y a cualquier persona por la que recibo TANF. Después de que se apruebe mi solicitud de TANF, acepto entregar todos los pagos de manutención que reciba a la División de Cumplimiento de Manutención Infantil.
- Autorizo al Departamento de Servicios Sociales y a los contratistas de servicios de refugiados a obtener cualquier verificación necesaria para determinar y revisar la elegibilidad de asistencia financiera. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación. Comprendo que este límite de tiempo no se aplica mientras mi caso de asistencia médica esté abierto o para investigaciones sobre posibles fraudes.
- Como solicitante de Subvenciones Auxiliares, entiendo que mi solicitud será evaluada para Medicaid. Acepto ceder mis derechos a asistencia médica y otros pagos de terceros al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS). También acepto ceder los derechos de cualquier persona para la que solicito subsidios auxiliares a asistencia médica y otros pagos de terceros al DMAS. Si no acepto ceder estos derechos, no seré elegible para Medicaid.
- Comprendo que, en la medida permitida por la ley federal, la información sobre esta solicitud puede compartirse con agencias que dependen de la Secretaría de Salud y Recursos Humanos de Virginia. La información sobre los solicitantes y los destinatarios de los servicios se puede compartir para: 1) optimizar los procesos administrativos y reducir las cargas administrativas sobre las agencias; 2) reducir los trámites y las cargas administrativas sobre los solicitantes y los destinatarios; y 3) mejorar el acceso y la calidad de los servicios prestados por las agencias.
- Entiendo que diferentes agencias estatales brindan diferentes servicios y beneficios. Cada agencia debe tener información específica para determinar los servicios y beneficios de elegibilidad.
 Permito **No permito** al Departamento de Servicios Sociales a divulgar cierta información sobre mí a otras agencias estatales, incluida la información en bases de datos electrónicas, con el fin de determinar mi elegibilidad para los beneficios/servicios proporcionados por esa agencia. Esta divulgación facilitará que las agencias trabajen en conjunto de manera eficiente para proporcionar o coordinar servicios y beneficios. Las agencias incluyen, entre otras, el Departamento de Salud y el Departamento de Servicios de para la Tercera Edad y Rehabilitación. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento notificando a mi trabajador de elegibilidad.

Completé esta solicitud solo **SÍ** **NO**. Si la respuesta es **NO**, me la leyeron cuando se completó. **SÍ** **NO**.

Firma o Marca del Solicitante

Fecha

Testigo de la Marca o Intérprete

Fecha

Firma del Cónyuge o Representante Autorizado

Fecha

Complete la siguiente sección si otra persona completó este documento por el solicitante.

Nombre de la Persona que Completa la Solicitud

Fecha

Dirección

Teléfono Principal

Teléfono Alternativo

Relación con el Solicitante

