

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE SUBVENCIÓN AUXILIAR (AUXILIARY GRANT, AG), PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) Y ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES, TANF)

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

A. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

1. Su información de contacto

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

Su dirección postal (incluya el número de apartamento) _____

Ciudad, estado, código postal _____

Su dirección de correo (si es diferente a la dirección postal) _____

Ciudad, estado, código postal _____

¿En qué ciudad o país vive? _____

Dirección de correo electrónico _____

Número de teléfono principal _____

Número de teléfono alternativo _____

Si desea recibir mensajes de texto o por correo electrónico en los cuales se le informe que se puede tener acceso electrónico a algunas notificaciones sobre sus beneficios a través de CommonHelp (www.CommonHelp.Virginia.gov), seleccione una de las opciones que están más adelante. Escriba bien sea un número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija un método electrónico preferido de correspondencia, este se utilizará para todos los programas del caso para los cuales hizo la solicitud. Si no elige recibir notificación por mensaje de texto ni por correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del correo convencional de EE. UU.

Si está llenando esta solicitud en nombre de otro individuo como representante autorizado, se le enviará por correo toda la correspondencia. El solicitante se comunicará con el departamento local de servicios sociales para averiguar cómo cambiar el método de correspondencia.

Texto Correo electrónico Número celular _____ Dirección de correo electrónico _____

2. **Composición del grupo familiar:** esta sección incluye información sobre cada una de las personas que vive en su casa, aunque no esté haciendo solicitud para esa persona. Puede dejar en blanco el espacio para el Número de Seguro Social si no está solicitando asistencia para la persona.

1

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

Número de Seguro Social: _____

Sexo: Masculino FemeninoEstado civil: Casado Nunca casado Separado Divorciado Viudo

Último grado completado: _____

Nombre de la escuela si es un estudiante: _____

¿Usted es veterano o dependiente? Sí No

Programa(s) solicitado(s):

 Ninguno AG SNAP TANF**Usted**

Relación con usted _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Ciudad, estado, país de nacimiento: _____

¿Usted es ciudadano estadounidense? Sí No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: _____

Fecha de residencia en EE. UU: ___/___/___

Número de registro de extranjeros: _____

¿Es discapacitado o está embarazada? Sí No¿Está viviendo temporalmente fuera de su hogar? Sí No

Fecha de retiro ___/___/___ Fecha esperada de retorno ___/___/___

Motivo para estar fuera: _____

Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas las que apliquen.

Etnia: Hispano/latino No hispano/latinoOrigen racial: Blanco Negro/afroamericano Asiático Asiático y negro/afroamericano Asiático y blanco Indio americano/nativo de Alaska Negro/afroamericano y blanco Indio americano/nativo de Alaska y blanco Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico Indio americano/nativo de Alaska y negro Otro/desconocido

Composición del grupo familiar (continuación)

Si necesita más espacio para mencionar a los miembros de su grupo familiar, por favor, solicite otro formulario o escriba la información en una hoja aparte.

2**Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) _____**Número de Seguro Social:** _____**Sexo:** Masculino Femenino**Estado civil:** Casado Nunca casado Separado Divorciado Viudo**Último grado completado:** _____**Nombre de la escuela si es estudiante:** _____**¿Esta persona es veterano o dependiente?** Sí No**Programa(s) solicitado(s):** Ninguno AG SNAP TANF**Relación con el solicitante** _____**Fecha de nacimiento** (mm-dd-aaaa) _____**Ciudad, estado, país de nacimiento:** _____**¿Esta persona es ciudadano estadounidense?** Sí No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: _____

Fecha de residencia en EE. UU: ___/___/___**Número de registro de extranjeros:** _____**¿Esta persona es discapacitada o está embarazada?** Sí No**¿Se encuentra esta persona temporalmente fuera del hogar?** Sí No**Fecha de retiro** ___/___/___ **Fecha esperada de retorno** ___/___/___**Motivo para estar fuera:** _____**Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas las que apliquen.****Etnia:** Hispano/latino No hispano/atino**Origen racial:** Blanco Negro/afroamericano Asiático Asiático y negro/afroamericano Asiático y blanco Indio americano/nativo de Alaska Negro/afroamericano y blanco Indio americano/nativo de Alaska y blanco Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico Indio americano/nativo de Alaska y negro Otro/desconocido**3****Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) _____**Número de Seguro Social:** _____**Sexo:** Masculino Femenino**Estado civil:** Casado Nunca casado Separado Divorciado Viudo**Último grado completado:** _____**Nombre de la escuela si es estudiante:** _____**¿Esta persona es veterano o dependiente?** Sí No**Programa(s) solicitado(s):** Ninguno AG SNAP TANF**Relación con el solicitante** _____**Fecha de nacimiento** (mm-dd-aaaa) _____**Ciudad, estado, país de nacimiento:** _____**¿Esta persona es ciudadano estadounidense?** Sí No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: _____

Fecha de residencia en EE. UU: ___/___/___**Número de registro de extranjeros:** _____**¿Esta persona es discapacitada o está embarazada?** Sí No**¿Se encuentra esta persona temporalmente fuera del hogar?** Sí No**Fecha de retiro** ___/___/___ **Fecha esperada de retorno** ___/___/___**Motivo para estar fuera:** _____**Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas las que apliquen.****Etnia:** Hispano/latino No hispano/atino**Origen racial:** Blanco Negro/afroamericano Asiático Asiático y negro/afroamericano Asiático y blanco Indio americano/nativo de Alaska Negro/afroamericano y blanco Indio americano/nativo de Alaska y blanco Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico Indio americano/nativo de Alaska y negro Otro/desconocido**4****Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) _____**Número de Seguro Social:** _____**Sexo:** Masculino Femenino**Estado civil:** Casado Nunca casado Separado Divorciado Viudo**Último grado completado:** _____**Nombre de la escuela si es estudiante:** _____**¿Esta persona es veterano o dependiente?** Sí No**Programa(s) solicitado(s):** Ninguno AG SNAP TANF**Relación con el solicitante** _____**Fecha de nacimiento** (mm-dd-aaaa) _____**Ciudad, estado, país de nacimiento:** _____**¿Esta persona es ciudadano estadounidense?** Sí No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: _____

Fecha de residencia en EE. UU: ___/___/___**Número de registro de extranjeros:** _____**¿Esta persona es discapacitada o está embarazada?** Sí No**¿Se encuentra esta persona temporalmente fuera del hogar?** Sí No**Fecha de retiro** ___/___/___ **Fecha esperada de retorno** ___/___/___**Motivo para estar fuera:** _____**Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas las que apliquen.****Etnia:** Hispano/latino No hispano/atino**Origen racial:** Blanco Negro/afroamericano Asiático Asiático y negro/afroamericano Asiático y blanco Indio americano/nativo de Alaska Negro/afroamericano y blanco Indio americano/nativo de Alaska y blanco Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico Indio americano/nativo de Alaska y negro Otro/desconocido

Composición del grupo familiar (continuación)

5

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

Número de Seguro Social: _____

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Casado Nunca casado

Separado Divorciado Viudo

Último grado completado: _____

Nombre de la escuela si es estudiante: _____

¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No

Programa(s) solicitado(s):

Ninguno AG SNAP TANF

Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas los que apliquen.

Etnia: Hispano/latino No hispano/atino

Origen racial: Blanco Negro/afroamericano Asiático Asiático y negro/afroamericano Asiático y blanco

Indio americano/nativo de Alaska Negro/afroamericano y blanco Indio americano/nativo de Alaska y blanco

Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico Indio americano/nativo de Alaska y negro Otro/desconocido

6

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

Número de Seguro Social: _____

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Casado Nunca casado

Separado Divorciado Viudo

Último grado completado: _____

Nombre de la escuela si es estudiante: _____

¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No

Programa(s) solicitado(s):

Ninguno AG SNAP TANF

Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas los que apliquen.

Etnia: Hispano/latino No hispano/atino

Origen racial: Blanco Negro/afroamericano Asiático Asiático y negro/afroamericano Asiático y blanco

Indio americano/nativo de Alaska Negro/afroamericano y blanco Indio americano/nativo de Alaska y blanco

Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico Indio americano/nativo de Alaska y negro Otro/desconocido

Relación con el solicitante

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Ciudad, estado, país de nacimiento: _____

¿Esta persona es ciudadano estadounidense? Sí No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: _____

Fecha de residencia en EE. UU: ___/___/___

Número de registro de extranjeros: _____

¿Esta persona es discapacitada o está embarazada? Sí No

¿Se encuentra esta persona temporalmente fuera del hogar? Sí No

Fecha de retiro ___/___/___ **Fecha esperada de retorno** ___/___/___

Motivo para estar fuera: _____

Relación con el solicitante

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Ciudad, estado, país de nacimiento: _____

¿Esta persona es ciudadano estadounidense? Sí No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: _____

Fecha de residencia en EE. UU: ___/___/___

Número de registro de extranjeros: _____

¿Esta persona es discapacitada o está embarazada? Sí No

¿Se encuentra esta persona temporalmente fuera del hogar? Sí No

Fecha de retiro ___/___/___ **Fecha esperada de retorno** ___/___/___

Motivo para estar fuera: _____

Sí NO 3. ¿Alguien está violando su libertad bajo palabra o libertad condicional o ha huido para escapar de enjuiciamiento o castigo por un delito? Si la respuesta es Sí, explique: _____

Sí NO 4. ¿Alguien ha sido condenado por un delito que ocurrió después del 22 de agosto de 1996, por posesión, uso o distribución de drogas? Si la respuesta es Sí, explique: _____

Sí NO 5. ¿Se le han administrado vacunas a alguno de sus hijos desde la aprobación de su solicitud original o desde su revisión más reciente? Si la respuesta es Sí, explique: _____

Sí NO 6. ¿Ha sido usted, o alguna de las personas para quien hace la solicitud, descalificado para recibir beneficios de la TANF o de la Ayuda para Familias con Niños Dependientes (Aid to Families with Dependent Children, AFDC), el SNAP o Medicaid? Si la respuesta es Sí, explique: _____

B. RECURSOS

No tiene que completar esta sección si está renovando solamente la TANF. De lo contrario, responda por todas las personas para quienes hace la solicitud. Incluya los recursos que cada uno posee, o que son de propiedad conjunta, incluso aunque esa persona no viva con usted. Suministre los nombres de todos los copropietarios.

1. ¿Usted, o alguien que viva con usted, posee alguno de los siguientes recursos o activos?

Sí	No	Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Efectivo \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Corriente, ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cooperativa de crédito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 401K, 403B, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pagarés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fondos del mercado monetario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuenta personal de jubilación (IRA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ahorros de Navidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escrituras del fideicomiso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan de compensación diferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuenta uniforme de donaciones a menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación
<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 fiduciarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Acciones o bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Planes de pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro

— Si marcó alguna de las anteriores, por favor, suministre la siguiente información:

a.

Nombre del propietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Nombre del copropietario (apellido, primer 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, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Nombre del copropietario (apellido, primer 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 vendido, transferido o cedido algún recurso en los últimos tres meses (si está solicitando beneficios del SNAP) o en los últimos tres años (si está solicitando Subvenciones Auxiliares)? Si la respuesta es Sí, explique:

Nota: Es posible que se requiera la sección Información Adicional de Recursos si está solicitando el programa de Subvención Auxiliar.

C. INGRESOS

1. ¿Usted, o alguien que vive con usted, recibe o espera recibir alguno de los siguientes tipos de ingresos generados del trabajo? Incluya dinero de todos los trabajos que tiene ahora o espera comenzar: tiempo completo, medio tiempo, migratorios, temporal, por cuenta propia. Responda Sí o No abajo y suministre la información solicitada:

Sí	No	Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sueldos/salario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pago por enfermedad acumulado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trabajo doméstico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ingresos por contrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Niñera/cuidar adultos o niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pago de vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trabajo en granja/pesca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cualquier otro trabajo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comisiones, bonos o propinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trabajos ocasionales		

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

Número de horas a la semana

Fecha en la que comenzó el trabajo

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

Número de horas a la semana

Fecha en la que comenzó el trabajo

Nombre del empleador, dirección y número de teléfono

Frecuencia de pago

Próxima fecha de pago (mm-dd-aaaa)

Cronograma de pago

- Semanal Mensual
 Cada 2 sem. Dos veces/mes
 Otro

Nombre del empleador, dirección y número de teléfono

Frecuencia de pago

Próxima fecha de pago (mm-dd-aaaa)

Cronograma de pago

- Semanal Mensual
 Cada 2 sem. Dos veces/mes
 Otro

INGRESO (continuación)

SÍ NO 2. ¿Alguien ha sido despedido, perdido su trabajo, estado de licencia por maternidad o enfermedad, participado en huelga, renunciado a un trabajo o reducido horas trabajadas en los últimos 60 días? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

3. 1. ¿Usted, o alguien que viva con usted (incluso niños), recibe o espera recibir alguno de los siguientes? Responda sí o no a continuación y suministre la información solicitada.

- | | | |
|---|---|--|
| <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Social</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión, manutención de menores</p> <p><input type="checkbox"/> Regalos en efectivo o contribuciones</p> <p><input type="checkbox"/> Préstamos</p> <p><input type="checkbox"/> SSI</p> <p><input type="checkbox"/> Asignación militar</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia pública (TANF, GR, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIA, etc.)</p> | <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios de VA</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso por habitación/hospedaje</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficio por enfermedad pulmonar</p> <p><input type="checkbox"/> Compensación del trabajador</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso de rentas</p> <p><input type="checkbox"/> Herencias</p> <p><input type="checkbox"/> Jubilación de empleados ferroviarios</p> | <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> Indemnizaciones por huelga</p> <p><input type="checkbox"/> Premios obtenidos</p> <p><input type="checkbox"/> Comida, ropa, servicios públicos o renta</p> <p><input type="checkbox"/> Otros beneficios por jubilación</p> <p><input type="checkbox"/> Intereses o dividendos</p> <p><input type="checkbox"/> Pago de seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier otro tipo de ingreso de dinero</p> |
|---|---|--|

a.	\$			
Nombre de la persona	Monto		Tipo de dinero o ayuda	¿Con qué frecuencia se recibe?
b.	\$			
Nombre de la persona	Monto		Tipo de dinero o ayuda	¿Con qué frecuencia se recibe?
c.	\$			
Nombre de la persona	Monto		Tipo de dinero o ayuda	¿Con qué frecuencia se recibe?

SÍ NO 4. ¿Alguien, además de quienes participan en su caso, le paga directamente, lo ayuda a pagar, le presta dinero para pagar la renta, servicios públicos, facturas médicas o cualquier otra cuenta? ¿Q alguien le provee completamente alimentos, alojamiento o ropa a usted o a otra persona con regularidad? Si la respuesta es **SÍ**, suministre nombre, monto y explique: _____

SÍ NO 5. ¿Alguien tiene gastos de cuidado diurno para un niño, una persona de edad avanzada o un adulto con discapacidad? Si la respuesta es **SÍ**, suministre nombre, monto y explique: _____

SÍ NO 6. ¿Alguna persona está legalmente obligada a pagar la manutención de un niño a alguien que no está en el grupo familiar? Si la respuesta es **SÍ**, suministre nombre de la persona que paga y el de la persona que recibe el apoyo, así como el monto: _____

D. ASISTENCIA FINANCIERA PARA NIÑOS

SÍ NO 1. ¿Alguno de los padres ausentes comenzó a apoyar a los niños o cambiaron el monto de la manutención? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

SÍ NO 2. ¿Alguno de los padres legales quedó discapacitado de una manera que le impide trabajar? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

SÍ NO 3. ¿Tiene alguna información nueva que nos podría ayudar a ubicar a alguno de los padres ausentes? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

E. BENEFICIOS QUE OFRECE EL SNAP

1. Escriba el nombre de la persona que es la cabeza de su grupo familiar: _____.
2. Un representante autorizado puede solicitar los beneficios en su nombre, recibir y usar sus beneficios del SNAP en su nombre o recibir copias de sus notificaciones del programa. Si desea nombrar un representante autorizado, suministre la siguiente información sobre el representante y lo que desea que él haga en su nombre.

Nombre, dirección y número de teléfono del representante autorizado	Marque (✓) cada tarea que se le autoriza
	<input type="checkbox"/> Solicitar beneficios del SNAP <input type="checkbox"/> Recibir correspondencia <input type="checkbox"/> Recibir o usar beneficios del SNAP

- SÍ NO 3. ¿Hay alguien que viva en su casa que NO esté incluido en su solicitud del SNAP? Si la respuesta es **SÍ**, ¿usted y todas las personas por quienes está haciendo la solicitud, por lo general, compran y preparan las comidas aparte de estas personas? ¿O usted tiene la intención de hacerlo si se aprueba su solicitud de beneficios del SNAP? Marque (✓) SÍ NO
- SÍ NO 4. ¿Alguno de quienes vive en la casa es compañero de habitación o huésped? Si la respuesta es **SÍ**, escriba los nombres: _____
- SÍ NO 5. ¿Alguna de las personas tiene 60 años o más o está autorizada para recibir Medicaid debido a alguna discapacidad o recibe algún tipo de pago por discapacidad? Si la respuesta es **SÍ**, enumere todos los gastos médicos actuales de estas personas.

Miembro del grupo familiar con gastos médicos	Tipo de gasto	Monto	Nombre del médico, hospital, farmacia

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

Gasto	Monto facturado	¿Con qué frecuencia se factura?	¿Quién es responsable de la factura?
Renta/hipoteca			
Impuestos			
Seguro			
Electricidad			
Gas/petróleo/querosén			
Carbón/madera			
Agua/alcantarillado/basura			
Teléfono			
Instalación			

6a ¿Qué tipo de calefacción tiene en su casa?

- SÍ NO 6b ¿Tiene aire acondicionado en casa?
- SÍ NO 6c ¿Recibió asistencia en energía/combustible este año pasado mientras habitaba en su vivienda actual?
- SÍ NO 6d ¿Se está quedando temporalmente en casa de otra persona, refugio de emergencia, hotel de beneficencia, otra vivienda temporal o un lugar que normalmente no se usa para dormir? Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuánto le cuesta quedarse allí mensualmente? _____

Si se está quedando temporalmente en casa de otra persona, ¿cuándo se mudó para la misma? _____

USDA: Declaración de No Discriminación

Está prohibido para esta institución llevar a cabo actos de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas e inclinaciones políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. (US Department of Agriculture, USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, creencia religiosa, discapacidad, edad, inclinaciones políticas o represalia o retaliación por participación anterior en alguna actividad por los derechos civiles en cualquier programa o actividad conducido o financiado por USDA.

Las personas con discapacidad que requieran de medios de comunicación alternativos para información del programa (por ejemplo, braille, letras grandes, formatos de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde hicieron la solicitud de los beneficios. Las personas sordas, que tienen dificultades de audición o impedimentos del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisiones al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar a la disposición en otros idiomas aparte del inglés.

Si desea presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación del programa del USDA, (AD-3027), disponible 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 y con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992.

Entregue su formulario completado o carta al USDA por:

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

Para obtener cualquier otra información relacionada con los asuntos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), deberá comunicarse por el número de la línea directa (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los números de información estatal/línea directa (haga clic en el enlace para ver la 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 (Department of Health and Human Services, HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 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 respeta la igualdad de oportunidades.

MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA REGISTRO DE VOTANTES CERTIFICACIÓN DE AGENCIA

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

- Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual o no soy elegible para registrarme para votar y no necesito hacer la solicitud para registrarme para votar.
- Sí, me gustaría hacer la solicitud para registrarme para votar. (Por favor, complete el formulario de solicitud de registro del votante)
- No, no deseo registrarme para votar.

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió **no** registrarse para votar en este momento. Solicitar registrarse para votar o rehusarse a registrarse para votar no afectará la asistencia o los servicios que esta agencia le proporcionará. Si se rehúsa a registrarse para votar, esto se mantendrá de manera confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde entregó su solicitud lo mantendrá de manera confidencial y se usará solo para fines de registro del votante. Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión sobre buscar o aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado si lo desea.

Si considera que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a rehusarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad para decidir si registrarse o para solicitar registrarse para votar, puede presentar una queja ante: Secretary of the Virginia State Board of Elections, Washington Building, 1100 Bank Street, Richmond, VA 23219-3497, teléfono (804) 864-8901.

Nombre del solicitante

Firma

Fecha

Solo para uso de la agencia

Formulario de registro del votante completado:

Sí No

Formulario de registro del votante entregado al solicitante para envío posterior por correo (según solicitud del solicitante)

Firma del personal de la agencia

Fecha

VERIFICACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN

La información que suministre en esta solicitud, incluso su Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN), se puede comparar con los registros federales, estatales y locales. Entre estos registros se encuentran:

- Comisión de Empleo de Virginia (Virginia Employment Commission, VEC)
- Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)
- Administración de Seguro Social (Social Security Administration, SSA)
- Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles, DMV)
- Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (US Citizenship and Immigration Services, USCIS)
- Sistema de Verificación de Ingresos para Elegibilidad (Income and Eligibility Verification System, IEVS)

*La información recibida a través de IEVS será solicitada, utilizada y puede ser verificada a través de contactos de garantía cuando se encuentren discrepancias. La información puede afectar el monto de los beneficios y / o el recibo continuo de los beneficios.

NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS DEL SNAP

Deberá notificar los cambios que se hagan al SNAP, pero lo que debe notificar está vinculado a cuánto tiempo será elegible para recibir los beneficios, el periodo de certificación. Debe notificar los cambios que ocurren durante el periodo de certificación dentro de los 10 días siguientes, pero no después del 10° día del mes luego de que ocurra el cambio.

Los cambios que se deben notificar durante el periodo de certificación del SNAP dependen de la duración del periodo de certificación. La "Notificación simplificada" aplica para grupos familiares que son elegibles para recibir los beneficios del SNAP durante cinco (5) meses o más. La "Notificación de cambios" aplica para grupos familiares elegibles para recibir los beneficios del SNAP desde uno (1) hasta cuatro (4) meses. Los cambios que se deben notificar en cada categoría se indican a continuación.

PRESENTACIÓN DE INFORME PROVISIONAL

Además de notificar los cambios cuando ocurren durante el periodo de certificación del SNAP, es posible que los grupos familiares de notificación simplificada deban entregar un informe provisional en el sexto mes o duodécimo mes. El informe provisional se utiliza para determinar la cantidad de beneficios del SNAP que el grupo familiar recibirá en la segunda mitad del periodo de certificación. El informe provisional ofrece un panorama de las circunstancias del hogar que se presentaron en el momento de la solicitud. Solicitaremos prueba de los cambios en los ingresos y en las obligaciones legales para pagar la manutención del niño. Si el grupo familiar no devuelve el informe provisional completado el día cinco del mes, es posible que los beneficios del SNAP en el séptimo o décimo tercer mes se retrasen o finalicen. Podrá obtener asistencia para la emisión del informe provisional a través de una llamada telefónica al número impreso en el formulario.

CON MI FIRMA A CONTINUACIÓN DECLARO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ PRESENTADA ES CORRECTA Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Entiendo:

- Todas mis responsabilidades, incluso mi responsabilidad de comunicar los cambios requeridos con el tiempo.
- Que, si suministro información falsa, incorrecta o incompleta, o no notifico un cambio requerido en el tiempo, puedo estar infringiendo la ley y podría ser juzgado.
- Que si ayudara a alguien a completar el presente formulario de manera que la persona reciba beneficios a los que no tiene derecho, estaré infringiendo la ley y podría ser juzgado.
- Que, si me rehúso a cooperar con cualquier revisión de mi elegibilidad, incluso una revisión de Aseguramiento de la Calidad, se suspenderán mis beneficios hasta que yo coopere.
- Que, si mi solicitud es para obtener beneficios del SNAP, no notificar o no verificar ninguno de mis gastos será considerado como una declaración de mi grupo familiar de que no quiero recibir deducción alguna por esos gastos.

Mi firma autoriza a esta agencia a divulgar toda la información necesaria para determinar y revisar mi elegibilidad. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma que aparece a continuación. Que este límite de tiempo no aplica a investigaciones sobre posible fraude.

Completé esta solicitud por mí mismo: Sí No

Si la respuesta es NO, se me volvió a leer cuando la completé. Sí No

Su firma o la firma o huella del representante autorizado

Fecha

Huella del testigo o intérprete

Fecha

Complete la siguiente sección si otra persona llenó esta solicitud para el solicitante.

Nombre de la persona que completó la solicitud

Fecha

Relación con el solicitante

Número de teléfono principal _____

Número de teléfono alternativo _____