Massachusetts
Solicitud de beneficios de SNAP

USDA Supplemental Nutrition Assistance Program
Putting Healthy Food Within Reach

Department of Transitional Assistance

¿Cómo puedo solicitar los beneficios de SNAP?

- Presente la solicitud en línea en DTAConnect.com. ¡Esta es la manera más rápida!
- Por fax al **617-887-8765**
- Por correo postal a **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- Vaya personalmente a las **oficinas del DTA**

Apellido(s):	Nombre:	Segundo nombre:

Dirección del domicilio:	Ciudad, estado, código postal:
Dirección postal (si es diferente):	Ciudad, estado, código postal:
Número de teléfono:	¿Está usted desamparado sin hogar? ☐ Sí ☐ No

El DTA podría enviarle mensajes de texto sobre fechas de vencimiento, información del caso, cierres de oficinas y otra información importante. Por favor observe que podrían aplicarse cargos por mensajes y datos.

Si usted **no** desea que el DTA le envíe mensajes de texto, por favor marque esta casilla: ☐

Al firmar, yo estoy de acuerdo con que:

- he leído todo este formulario (o que alguien me lo ha leído en un idioma que yo comprendo), incluida la sección sobre derechos y responsabilidades, y que entiendo que debo cumplir con estos requisitos;
- la información que doy es verdadera y completa a mi leal saber y entender;
- puedo ir a prisión o que se me exija pagar multas por dar información incorrecta o incompleta a sabiendas;
- el DTA y otros funcionarios federales, estatales y locales podrían verificar (comprobar) toda la información que yo dé.

Firma:	Fecha:

- **Aceptaremos su solicitud si tiene su nombre, su dirección (si la tiene), y la firma.**
- **De ser aprobada, sus beneficios de SNAP serán emitidos con retroactividad a la fecha en la que el DTA recibió su solicitud.**
- **Llámenos para realizar una entrevista en cualquier momento entre las 8:15 a. m. y las 4:45 p. m., de lunes a viernes, al 877-382-2363.**

Por favor presente esta página.

SNAPA-1 (Spanish) (Rev. 7/2026)
25-171-1221-05

Usted podría recibir beneficios de SNAP dentro de los 7 días si:

- La suma de sus ingresos y la cantidad de dinero que tenga en el banco es menor que sus gastos mensuales de vivienda; o si
- Sus ingresos mensuales son menores de $150 y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que $100; o si
- Es trabajador migrante y la cantidad de dinero que tenga en el banco es igual o menor que $100.

¿Tiene usted una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) de Massachusetts? ☐ Sí ☐ No

Las tarjetas de EBT también funcionarán si se reabre un caso después de haber sido cerrado. Si usted no tiene una tarjeta de EBT, podemos enviarle una por correo postal o imprimirle una en la oficina local. Es posible que reciba una tarjeta de EBT antes de que decidamos sobre su elegibilidad, así podrá empezar a usar sus beneficios tan pronto como estén disponibles, en caso de que usted sea elegible. Cuando reciba su tarjeta de EBT, también obtendrá más información sobre cómo usarla.

ADA Americans with Disabilities Act

Si usted necesita ayuda debido a una discapacidad, podemos brindarle una acomodación para facilitarle la colaboración con nosotros. Llame al 877-382-2363 para consultar sobre una acomodación.



¿Es usted una persona que tiene una discapacidad? **Si contestó "Sí", por favor marque la(s) clase(s) de impedimento(s):**	☐ **Físico** ☐ **Auditivo** ☐ **Visual**	☐ **Intelectual o cognitivo** ☐ **Emocional o de salud mental** ☐ **Otros:**
¿Cómo prefiere comunicarse con nosotros?	☐ **En persona** ☐ **Por teléfono**	☐ **Por Servicio de Retransmisión por Video (VRS)** **Número de teléfono de VRS:** _____
¿Ha certificado el estado de Massachusetts que usted tiene una discapacidad?	☐ **Sí** ☐ **No**	

Información sobre usted

Número de Seguro Social (SSN):	Fecha de nacimiento:	Género: Masculino ☐ Femenino ☐	¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No
¿Es usted ciudadano/a de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No **NOTA:** Las personas que no sean ciudadanas y que no estén solicitando los beneficios de SNAP no tienen que dar su Número de Seguro Social ni su estado de ciudadanía.		¿En qué idioma prefiere hablar? _____	

¿Cuál es su raza?*

☐ Afroamericano o negro ☐ Indígena norteamericano o nativo de Alaska ☐ Blanco

☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

¿Cuál es su etnicidad?*

☐ Hispano o latino ☐ Ni hispano ni latino

* Su respuesta no afectará su elegibilidad. Hacemos estas preguntas para asegurarnos de que todos sean tratados imparcialmente sin importar la raza, el color ni la nacionalidad de origen. Deje en blanco si prefiere no contestar.

Miembros del hogar

¿Hay otras personas que vivan con usted? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección. Las personas que no sean ciudadanas y que no estén solicitando los beneficios de SNAP no tienen que dar su Número de Seguro Social ni su estado de ciudadanía.

Nombre	**Fecha de nacimiento**	**Número de Seguro Social (SSN)**	**¿Cuál es la relación o el parentesco con usted?**	**¿Es esta persona ciudadano de EE. UU.?**	**¿Está esta persona solicitando los beneficios de SNAP?**
				☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Ingresos salariales

¿Hay alguien que haya trabajado en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Persona con ingresos	Tipo de ingresos	Empleador	Frecuencia	Ganancias brutas de las últimas 4 semanas
	☐ Salarios ☐ Empleo por cuenta propia ☐ Otros:		☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Otros:	
	☐ Salarios ☐ Empleo por cuenta propia ☐ Otros:		☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Otros:	
	☐ Salarios ☐ Empleo por cuenta propia ☐ Otros:		☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Otros:	

Otros ingresos

¿Hay alguna persona que reciba **algún otro tipo de ingresos** tales como Compensación por desempleo, Manutención infantil, Seguro Social, SSI, Compensación por Riesgo Laboral (*Workers' Compensation*), Beneficios para Veteranos, pensiones o ingresos de alquileres? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Persona con ingresos	Tipo de ingresos	Frecuencia	Cantidad bruta
		☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Mensual ☐ Otros:	
		☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Mensual ☐ Otros:	
		☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Mensual ☐ Otros:	

Costos de vivienda

¿Es el hogar responsable de pagar los costos de la vivienda? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Tipo:	**Cantidad:**	**Frecuencia:**
☐ Alquiler	$_____	☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Trimestral ☐ Anual ☐ Otros:
☐ Hipoteca	$_____	☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Trimestral ☐ Anual ☐ Otros:
☐ Impuestos a la propiedad*	$_____	☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Trimestral ☐ Anual ☐ Otros:
☐ Seguro de la vivienda*	$_____	☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Trimestral ☐ Anual ☐ Otros:
☐ Cuota de condominio	$_____	☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Trimestral ☐ Anual ☐ Otros:
☐ Otros:	$_____	☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Trimestral ☐ Anual ☐ Otros:

* Deje en blanco las líneas de Impuestos a la propiedad y Seguro de la vivienda si están incluidos en el pago de la hipoteca.

Costos de los servicios públicos

¿Es el hogar responsable de pagar los costos los servicios públicos **aparte** de los costos de la vivienda?
☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

☐ Calefacción (combustible, gas natural, electricidad o propano, etc.)

☐ Electricidad para un aire acondicionado en el verano

☐ Una tarifa para usar un aire acondicionado

☐ Electricidad y/o gas (que no sean para calefacción); agua; alcantarillado; y/o la recolección de basura

☐ Servicio de teléfono fijo o celular (incluidos los prepagos)

Costos del cuidado de dependientes

¿Es alguien responsable de pagar los costos del cuidado infantil o de un adulto? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Nombre del niño o dependiente	**Cantidad pagada**	**Frecuencia**
_____	$_____	☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Mensual ☐ Otros:
_____	$_____	☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Mensual ☐ Otros:
_____	$ _____	☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Mensual ☐ Otros:
_____	$_____	☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Mensual ☐ Otros:

¿Hay alguien que conduzca hacia o desde un proveedor de atención del dependiente? ☐ ☐

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Nombre del dependiente	**Dirección del proveedor de atención**	**Número de viajes en automóvil por semana**		**Si no conduce: Gastos de transporte público, taxi, servicios de traslados, etc.**
		HACIA	**DESDE**	

Costos médicos

¿Hay alguien de al menos 60 años o que sea discapacitado que tenga **gastos médicos de bolsillo**? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Nombre	Tipo de gastos	Total de gastos por mes
_____	☐ Atención médica ☐ Atención dental ☐ Medicamentos ☐ Seguro de salud ☐ Otros (medicamentos sin receta, suministros médicos, etc.)	_____
_____	☐ Atención médica ☐ Atención dental ☐ Medicamentos ☐ Seguro de salud ☐ Otros (medicamentos sin receta, suministros médicos, etc.)	_____
_____	☐ Atención médica ☐ Atención dental ☐ Medicamentos ☐ Seguro de salud ☐ Otros (medicamentos sin receta, suministros médicos, etc.)	_____

NOTA: Puede recibir crédito por los costos por los cuales usted es responsable de pagar, incluso si está atrasado o si no puede pagarlos. Los costos médicos incluyen copagos, medicamentos, medicamentos de venta sin receta, seguro de salud, facturas médicas, transporte y más.

¿Hay alguien que conduzca hacia o desde un centro de atención médica (como una farmacia, médico, terapeuta, etc.)?

☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Nombre	Dirección del proveedor de atención médica	Número de viajes en automóvil por semana		Gastos de estacionamiento, transporte público, taxi, servicios de traslados, etc.
		HACIA	DESDE	

SNAP de otro estado

¿Hay alguien que haya recibido beneficios de SNAP fuera de Massachusetts dentro de los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, ¿quién es? _____

¿Alguien recibió una sanción en otro estado por no cumplir con las SNAP Work Rules? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, ¿quién es? _____

Asistencia con la solicitud

¿Desea darnos autorización para hablar con una persona o una agencia si no podemos comunicarnos con usted por teléfono?* ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Nombre de la Persona o Agencia: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

* Llamamos a esto *Persona* o *Agencia Asistente*. Esta función solo tiene validez durante el período de solicitud.

Autorización para divulgar información

¿Desea darle a una persona o una agencia la autorización para hablar con el DTA y obtener información confidencial pertinente sobre su caso?* ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Nombre de la Persona o Agencia: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

* Esta función no puede informar de cambios ni dar entrevistas. La autorización vence después de un año.

Representante autorizado para la certificación

¿Desea autorizar a una persona o a una agencia para que firme formularios, informe de cambios, dé entrevistas y hable de su caso con nosotros?* ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Nombre de la Persona o Agencia: _____

Número de teléfono: _____

Núm. de Identificación del Empleador Federal o FEIN (solo para la agencia): _____

* La autorización es válida hasta que sea cancelada.

Representante autorizado para las transacciones de EBT

¿Desea autorizar a alguien de su confianza para obtener una tarjeta de EBT para comprar alimentos para usted usando sus beneficios de SNAP?* ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor complete la siguiente sección:

Nombre de la Persona: _____

Número de teléfono: _____

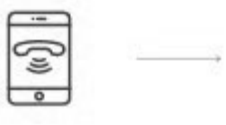
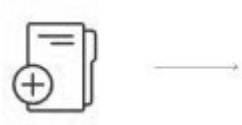
Dirección: _____

*Se debe verificar la identidad antes de emitir la tarjeta. La autorización es válida hasta que sea cancelada.

- Si desea cancelar la tarjeta de EBT para un Representante autorizado, llame al 800-997-2555.
- Si usted desea denegar cualquiera de las funciones anteriores, llame al 877-382-2363.

¿Qué sucede después?

Por favor guarde las siguientes páginas en sus archivos.

			
Llamada telefónica	**Envíe las verificaciones**	**Obtenga beneficios de SNAP**	**Conéctese**
Le llamaremos para hacer una entrevista. Si no podemos comunicarnos con usted, le enviaremos una carta por correo postal para una entrevista telefónica programada. También puede llamarnos al 877-382-2363, de lunes a viernes, de 8:15 a 4:45, para dar la entrevista.	De ser necesario, le daremos una lista de documentos para que nos los envíe para así verificar su elegibilidad. Tiene 30 días desde cuando solicite los beneficios para enviarnos los documentos. ¡Avísenos si necesita ayuda!	Le enviaremos por correo nuestra carta con la decisión dentro de los 30 días. De ser aprobado, depositaremos beneficios en su tarjeta de EBT. De ser denegado, le informaremos los motivos.	Visite DTAConnect.com, use la aplicación móvil DTA Connect o llame a la Línea de asistencia del DTA al 877-382-2363 para consultar el estado del caso, actualizar la información del caso, cargar documentos, ¡y mucho más!

Si desea obtener más información o si necesita ayuda, llame al **877-382-2363** o visite Mass.gov/DTA.

RECURSOS ADICIONALES

Camino al Trabajo de SNAP (SNAP Path to Work): Encuentre proveedores de Empleo y Capacitación visitando SNAPpathtowork.org. Nota: Esto es solo para los clientes de SNAP	**SNAP-Ed:** Visite el sitio web de Educación en nutrición de SNAP en MAhealthyfoodsinasnap.org para encontrar recetas saludables, consejos de cocina ¡y maneras en las que su familia haga actividades físicas!
Massachusetts 2-1-1: Llame al 211 para encontrar programas de salud y de servicios humanos en su área.	**Project Bread:** Llame a la línea directa y gratuita de Food Source de Project Bread al 800-645-8333 para encontrar recursos locales de alimentos.

SUS OPCIONES DE VERIFICACIÓN

- **Usted puede usar esta lista de control para presentar las verificaciones junto con esta solicitud. Esto nos ayudará a tramitar su solicitud más rápido.**
- **¡NO espere para presentar su solicitud! Si usted no tiene todos los comprobantes, puede presentarlos más tarde.**
- **Para obtener más información, visite Mass.gov/SNAPverifications.**

- **Si alguien en el hogar tiene ingresos salariales,** envíenos pruebas de los ingresos brutos (antes de descontar los impuestos) de las últimas cuatro semanas, como:
  - ☐ Talonarios de sueldo o registros de pagos
  - ☐ Comprobantes de cualquier pago que haya recibido y de las horas trabajadas
  - ☐ Si está empleado por cuenta propia, documentos del negocio que demuestren sus ingresos y sus gastos, como:
    - ☐ Anexo C (*Schedule C* del Formulario 1040 del IRS)
    - ☐ Fomulario del IRS u otro documento de impuestos
    - ☐ Otros documentos como facturas, cuentas o recibos que demuestren sus ingresos y/o sus gastos de negocios

- **Si alguien en el hogar tiene ingresos no salariales,** envíenos pruebas de las cantidades mensuales, como:
  - ☐ Carta de beneficio o de otorgamiento
  - ☐ Declaración de la agencia que hace los pagos

NOTA: Generalmente, podemos verificar las cantidades de beneficios de Seguro Social, de SSI, de Manutención infantil del DOR o de Compensación por desempleo de MA por nuestra cuenta. Le informaremos si usted debe verificar algunos de estos beneficios.

- **Para comprobar la residencia en Massachusetts,** puede presentar uno de los siguientes:
  - ☐ Recibio de alquiler, contrato de alquiler o formulario de *Verificación del propietario*
  - ☐ Documento de escritura o hipoteca, factura de servicios públicos o inscripción al registro de votantes
  - ☐ Formulario de *Verificación de Vivienda Compartida* o declaración de alguien con quien usted viva

- **Si alguien en su hogar está haciendo pagos para manutención infantil,** por favor envíenos:
  - ☐ Verificación de la obligación legal de pagar la manutención infantil (como una orden judicial) y
  - ☐ Comprobantes de pagos recientes

- **Si alguno de los miembros del hogar no es ciudadano y solicita beneficios,** por favor presente comprobantes del estado de no ciudadano, tales como:
  - ☐ Tarjeta de Residente Permanente ("*green card*")
  - ☐ Tarjeta de Autorización de Empleo
  - ☐ Tarjeta de Residente Temporal
  - ☐ Registro de Entrada/Salida (I-94)
  - ☐ Sello en el pasaporte
  - ☐ Otro documento que demuestre el estado inmigratorio actual o pendiente

- **Si alguno de los miembros del hogar es una persona discapacitada y/o un adulto mayor, y tiene al menos $35 por mes de gastos médicos**, por favor presente los comprobantes de gastos (tales como cuentas, facturas o recibos). Algunos costos de transporte por motivos médicos pueden autodeclararse .

- **Si alguien en la unidad familiar tiene gastos de vivienda,** envíenos un comprobante, como por ejemplo:
  - ☐ Recibio de alquiler
  - ☐ Contracto de alquiler
  - ☐ Carto del propietario
  - ☐ Cheque cancelado o giro postal
  - ☐ Estado de cuenta hipotecario
  - ☐ Impuesto sobre la propiedad o factura del seguro del hogar
  - ☐ Si no es el/la inquilino/a principal ni el/la propietario/a de la vivienda, presente una declaración de la persona con la que vive en la que se indique cuál es su parte de los gastos de vivienda y servicios públicos
  - ☐ Otros documentos que indiquen el costo y el tipo de gasto que debe pagar

- **Si alguien en la unidad familiar tiene gastos de servicios públicos**, envíenos un comprobante, como por ejemplo:
  - ☐ Factura de calefacción, aire acondicionado, electricidad, gas o teléfono
  - ☐ Factura de otros servicios públicos, como carbón, leña para calefacción, recolección de basura, agua y alcantarillado
  - ☐ Contracto de alquiler que se indique que usted paga los servicios públicos
  - ☐ Carta del propietario o compañero de piso

- **Si alguien en la unidad familiar tiene gastos de cuidado de dependientes**, envíenos un comprobante, como por ejemplo:
  - ☐ Declaración o carta del proveedor
  - ☐ Recibos, cheques cancelados o giros postales

- **Si algún miembro de su grupo familiar es estudiante universitario**, envíenos lo siguiente:
  - ☐ Si asiste a un colegio universitario, cualquier documento de la institución que demuestre que está actualmente inscrito/a
  - ☐ Si recibe Mass Grant o participa en un programa de trabajo y estudio, Carta de concesión de ayuda financiera
  - ☐ Si trabaja (o está en un programa de trabajo y estudio), comprobante de ingresos brutos (antes de impuestos) de las últimas cuatro semanas, como recibos de sueldo
  - ☐ Si participa en un programa de capacitación, copia de la carta del programa al que asiste el/la cliente
  - ☐ Si no está en condiciones físicas o mentales para trabajar, carta del médico en la que se indique que el/la cliente no está en condiciones de trabajar

- Todos los clientes del SNAP deben cumplir las ABAWD Work Rules a menos que cumplan los requisitos para una exención.

  Para obtener una lista de exenciones y más información sobre las SNAP Work Rules, visite www.mass.gov/snapworkrules o llame al 877-382-2363.

Notificación de derechos, responsabilidades y sanciones del Department of Transitional Assistance (DTA)

- Esta notificación enumera los derechos y responsabilidades de todos los programas del DTA. Debe seguir las normas de esta notificación para los programas para los que presente solicitud.
- Lea estas páginas y consérvelas para su archivo.
- Si tiene alguna pregunta, hágasela saber al DTA.

Juro bajo pena de perjurio que:

- He leído, o alguien me ha leído, la información del presente formulario.
- A mi leal saber y entender, mis respuestas en este formulario son veraces y completas.
- Brindaré información veraz y completa, a mi leal saber y entender, al DTA durante mi entrevista y en el futuro.

Entiendo que:

- suministrar información falsa o engañosa es un fraude,
- falsear u ocultar hechos para obtener beneficios del DTA es un fraude,
- el fraude se considera una Intentional Program Violation (IPV, por sus siglas en ingles) y
- si el DTA cree que he cometido fraude, puede emprender acciones civiles o penales en mi contra.

También entiendo que:

- El DTA verificará la información que yo suministre en mi solicitud. Si alguna información es falsa, el DTA puede denegar mis beneficios.
- También puedo ser objeto de acciones penales por suministrar información falsa.
- Si el DTA obtiene información de parte de una fuente confiable relacionada con un cambio de mi grupo familiar, el monto de mi beneficio puede cambiar.
- Al firmar el presente formulario, autorizo al DTA a verificar mi elegibilidad para los beneficios, incluso a:
    - Obtener información de otras agencias estatales y federales, autoridades locales de vivienda, departamentos de bienestar social de otros estados, instituciones financieras, y de Equifax Workforce Solutions (el Work Number). También autorizo a dichas agencias a compartir, con el DTA, información sobre la elegibilidad de mi grupo familiar para los beneficios.
    - Si el DTA usa información de Equifax sobre el ingreso devengado de mi grupo familiar, tengo derecho a una copia de mi informe Equifax si lo solicito en un plazo de 60 días a partir de la decisión del DTA. Tengo el derecho de cuestionar la información del informe. Puedo comunicarme con Equifax en: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 800-996-7566 (llamada gratuita).
- Tengo derecho a una copia de mi solicitud, incluso a la información que el DTA usa para decidir sobre la elegibilidad de mi grupo familiar y el monto del beneficio. Puedo solicitar al DTA una copia electrónica de la solicitud completa.

¿Cómo utilizará mis datos el DTA?

Al firmar a continuación, autorizo al DTA a obtener y compartir información sobre mí y los miembros de mi grupo familiar con:

- Bancos, escuelas, el gobierno, empleadores, arrendadores, empresas de servicios públicos y otras agencias para verificar si soy elegible para los beneficios.
- Las empresas de electricidad, gas y teléfono para que pueda obtener descuentos en los servicios públicos. Las empresas no pueden compartir mi información ni usarla para ningún otro fin.

- El Department of Housing and Livable Communities para que me inscriba en el Heat & Eat Program. Este programa ayuda a las personas a obtener la mayor cantidad posible de beneficios del SNAP.
- El Department of Early and Secondary Education para que mis hijos puedan recibir comidas escolares gratuitas.
- El Woman, Infants and Children (WIC) para que todos los niños menores de 5 años o las mujeres embarazadas de mi grupo familiar puedan recibir el WIC.
- Los United States Citizenship and Immigration Services (USCIS), por sus siglas en inglés), para verificar mi estatus migratorio. La información de los USCIS puede afectar la elegibilidad de mi grupo familiar y el monto de los beneficios del DTA.

  Observación: Incluso si no es elegible para los beneficios debido al estatus migratorio, el DTA no lo reportará a las autoridades migratorias a menos que usted le muestre al DTA una orden de deportación definitiva.
- El Department of Revenue (DOR) para verificar mi elegibilidad para créditos fiscales en base a ingresos, tales como Earned Income e Limited Income, y para ver si soy elegible para el «Estatus de no contribuyente» o al estatus de persona con dificultad económica.
- El Department of Children and Families (DCF) para coordinar los servicios ofrecidos conjuntamente por el DTA y el DCF.

¿Cómo utiliza el DTA los números de la Seguridad Social (SSN)?
El DTA tiene permitido solicitar los SSN en virtud de la Food and Nutrition Act of 2008 (7 del Código de los Estados Unidos [U.S.C., por sus siglas en inglés, 2011-2036) para el SNAP y en virtud de las Leyes Generales de Massachusetts (M.G.L., por sus siglas en inglés), Capítulo 18 Artículo 33, para la TAFDC y la EAEDC. El DTA usa los SSN para:

- Verificar la identidad y elegibilidad de cada miembro del grupo familiar que solicite a través de programas de cotejo de datos.
- Monitorizar el cumplimiento de las normas del programa.
- Cobrar el dinero si el DTA reclama que obtuve beneficios para los que no era elegible.
- Ayudar a las agencias del orden público a capturar a quienes se esconden de la ley.

Entiendo que no tengo que dar al DTA el SSN de ningún integrante de mi grupo familiar que no sea ciudadano (estadounidense), incluyéndome, que no desee los beneficios. Los ingresos de alguien que no sea ciudadano pueden contabilizarse incluso si este no recibe beneficios.

Derecho a un intérprete
Entiendo que:
- Tengo derecho a un intérprete profesional gratuito facilitado por el DTA si prefiero comunicarme en un idioma distinto al inglés.
- Si tengo una audiencia con el DTA, puedo solicitarle al DTA que me facilite un intérprete profesional, o si lo prefiero, puedo llevar a alguien para que me sirva de intérprete. Si necesito que el DTA me facilite un intérprete para una audiencia, debo llamar a la División de Audiencias al menos una semana antes de la fecha de la audiencia.

Derecho a inscribirse para votar
Entiendo que:
- Tengo derecho a registrarme para votar a través del DTA.

- Si lo solicito, el DTA me ayudará a completar el formulario de solicitud de registro de votantes.
- Puedo completar el formulario de solicitud de registro de votantes en privado.
- Optar por registrarse o rechazar registrarse para votar no afectará mis beneficios del DTA.

Oportunidades de empleo
Acepto que el DTA comparta mi nombre e información de contacto con los proveedores de empleo y capacitación, incluidos:

- Proveedores de SNAP Path to Work o especialistas del DTA para los clientes del SNAP; y
- Proveedores de empleo y capacitación contratados o Full Engagement Workers para los clientes de la TAFDC

Los clientes del SNAP pueden participar voluntariamente en servicios educativos y de capacitación laboral a través del programa SNAP Path to Work.

Estatus de ciudadanía
Juro que todos los miembros de mi grupo familiar que solicitan beneficios del DTA son ciudadanos estadounidenses o no ciudadanos con residencia legal.

Supplemental Nutrition Assistance Program

Entiendo que:

- DTA gestiona el programa SNAP en Massachusetts.
- Cuando presento una solicitud ante el DTA (por teléfono, en línea, en persona, o por correo o fax), el DTA tiene 30 días desde la fecha en que recibió mi solicitud para decidir si soy elegible.
    - Si soy elegible para el SNAP inmediato (emergencia), el DTA debe darme el SNAP y asegurarse que tenga una tarjeta de Electronic Benefit Transfer (EBT) en un plazo de 7 días desde la fecha en que recibieron mi solicitud.
    - Tengo derecho de hablar con un supervisor del DTA si:
        - El DTA dice que no soy elegible para los beneficios de emergencia del SNAP, y no estoy de acuerdo.
        - Soy elegible para los beneficios de emergencia del SNAP, pero no recibo mis beneficios al 7.° día de haber solicitado el SNAP.
        - Soy elegible para los beneficios de emergencia del SNAP, pero no recibo mi tarjeta EBT al 7.° día de haber solicitado el SNAP.
- Cuando recibo el SNAP, tengo que cumplir ciertas normas. Cuando sea aprobado para el SNAP, el DTA me dará una copia del folleto «Su derecho a saber» y el folleto del Programa SNAP. Leeré los folletos o pediré a alguien que me los lea. Si tengo alguna pregunta o necesito ayuda para leer o entender esta información, puedo llamar al DTA al 877-382-2363.
- **Informar al DTA sobre cambios en mi grupo familiar**:
    - Si soy un grupo familiar de SNAP Simplified Reporting, no tengo que reportar la mayoría de los cambios al DTA sino hasta que venza el Informe provisional o la recertificación. Lo único que debo informar antes es:
        - Si el ingreso de mi grupo familiar supera el umbral de ingreso bruto (indicado en mi notificación de aprobación).
            - Debo informar esto antes del 10.° día del mes siguiente al mes en que mi ingreso superó el umbral.

        - Si tengo que cumplir las normas de trabajo Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) y mis horas laborales se disminuyen a menos de 20 horas semanales.
    - Si todos en mi grupo familiar tienen 60 años o más, son discapacitados o son menores de 18 años, y ninguno tiene ingresos por trabajo, lo único que debo reportar es:
        - Si alguien empieza a trabajar, o
        - Alguien se incorpora o deja mi grupo familiar.
            - Debo informar estos cambios antes del 10.° día del mes siguiente al mes en el que ocurrió el cambio.
    - Si obtengo el SNAP a través de la Transitional Benefits Alternative (TBA) porque mi TAFDC se detuvo, no tengo que informar ningún cambio al DTA durante los 5 meses en los que reciba TBA.
    - Si recibo el SNAP a través de Bay State CAP, no tengo que informar ningún cambio al DTA.

Si yo y todos en mi grupo familiar recibimos ayuda en efectivo (TAFDC o EAEDC), debo informar ciertos cambios al DTA en un plazo de 10 días a partir del cambio. Véase **¿Cuándo debe informar al DTA sobre los cambios en mi grupo familiar?** en **Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) y Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)**, a continuación.

Puedo recibir más beneficios SNAP si informo y suministro comprobantes al DTA de lo siguiente, en cualquier momento:

- Costos de atención de los hijos u otros dependientes, costos de alojamiento, y/o costos de los servicios públicos;
- Manutención infantil que yo (o alguien de mi grupo familiar) estoy obligado a pagar a alguien que no es miembro del grupo familiar; y
- Costos médicos de los miembros de mi grupo familiar, incluyéndome, que tienen 60 años de edad o más o que son discapacitados.

Normas de trabajo para los clientes del SNAP: Si recibe beneficios del SNAP y tiene de 16 a 59 años de edad puede que tenga que cumplir las normas de trabajo para las ABAWD y/o las normas de trabajo generales del SNAP a menos que esté exento. El DTA me informará a mí y a los miembros de mi grupo familiar si debemos cumplir alguna norma de trabajo, cuales son las excepciones, y que ocurre si no cumplimos las normas.
Si lo rigen las SNAP Work Rules:

- Debe registrarse para trabajar al momento de presentar la solicitud y cuando se recertifique para el SNAP. Se registra cuando firma el formulario de solicitud o recertificación del SNAP.
- Debe proporcionar información al DTA sobre su situación laboral cuando el DTA la solicite.
- Debe informar a un empleador si es remitido por el DTA.
- Debe aceptar una oferta de trabajo (a menos que tenga un motivo justificado para no hacerlo).
- No debe renunciar a un empleo de más de 30 horas semanales sin un motivo justificado.
- No debe reducir sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales sin un motivo justificado.

Reglas del SNAP

- No suministrar información falsa ni ocultar información para recibir los beneficios del SNAP.
- No negociar ni vender los beneficios del SNAP.
- No alterar las tarjetas EBT para recibir beneficios del SNAP para los que no es elegible.
- No usar los beneficios del SNAP para comprar artículos no elegibles, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use los beneficios del SNAP ni la tarjeta EBT de otra persona a menos que sea un representante autorizado, o que el beneficiario lo haya autorizado para usar su tarjeta en su nombre.

Advertencia de sanción del SNAP

Entiendo que si yo o alguno de los miembros de mi grupo familiar del SNAP infringe intencionalmente (a sabiendas) alguna de las normas antes indicadas, dicha persona no será elegible para el SNAP durante *un año* después de la primera infracción, *dos años* después de la segunda infracción e *indefinidamente* después de la tercera infracción. Dicha persona también puede ser multada con hasta 250,000 dólares, encarcelada hasta 20 años, o ambas cosas. También puede ser objeto de acciones judiciales en virtud de las leyes federales o estatales.

También entiendo las siguientes sanciones. Si yo o algún miembro de mi grupo familiar del SNAP:

- Comete una Intentional Program Violation (IPV), al **programa de efectivo,** no será elegible para el SNAP por el mismo período de tiempo que no sea elegible para la ayuda en efectivo.
- Realiza una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener múltiples beneficios del SNAP simultáneamente, no será elegible para el SNAP durante ***diez años.***
- Negocia (compra o vende) los beneficios del SNAP por sustancias controladas/drogas ilegales, no será elegible para el SNAP durante ***dos años*** por el primer veredicto, e ***indefinidamente*** por el segundo veredicto.
- Negocia (comprar o vender) beneficios SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, no será elegible para el SNAP ***indefinidamente***.
- Hace una oferta para vender beneficios del SNAP o una tarjeta EBT, en línea o en persona, el Estado puede cursar una IPV contra el mismo.
- Paga por los alimentos comprados a crédito, no será elegible para el SNAP.
- Compra productos con los beneficios del SNAP con intención de descartar el contenido y devolver los envases para recibir efectivo, no será elegible para el SNAP.
- Huye para evitar el enjuiciamiento, la custodia o el confinamiento tras ser condenado por un delito grave, no será elegible para al SNAP.
- Viola la libertad o bajo palabra, cuando las fuerzas del orden están tratando activamente de arrestarlo, no será elegible para el SNAP.

Cualquiera que se haya convertido en delincuente convicto después el 7 de febrero de 2014, no es elegible para los beneficios del SNAP si es un delincuente fugitivo o está violando la libertad condicional o bajo palabra, de conformidad con el Capítulo 7 de Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), artículo 273.11(n), **y** fue condenado como adulto por:

1. Abuso sexual agravado en virtud del artículo 2241 del título 18, U.S.C.;
2. Asesinato en virtud del artículo 1111 del título 18, U.S.C.;
3. Cualquier delito contemplado en el capítulo 110 del título 18, U.S.C.;
4. Un delito federal o estatal que involucra una agresión sexual, según se define en el artículo 40002(a) de la Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA, por sus siglas en inglés) de 1994 (42 U.S.C. 13925a); o
5. Un delito contemplado en las leyes estatales que el Fiscal General determine que es sustancialmente similar a un delito descrito en esta lista.

Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso,

discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

1. **correo postal:**
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; o

2. **fax:**
   (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. **correo electrónico:**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) y
Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)

TAFDC y EAEDC son programas de ayuda en efectivo. Para obtener más información y presentar una solicitud, visite DTAConnect.com o llame a su oficina local del DTA. Esta información solo aplica a los grupos familiares que están optando por o que reciben TAFDC o EAEDC.

¿Cuándo tengo que comunicar al DTA los cambios que se produzcan en mi grupo familiar?
Debo informar al DTA sobre los cambios que puedan afectar mi TAFDC o EAEDC (beneficios en efectivo) **en un plazo de 10 días**, esto incluye cualquier cambio en mi dirección, con quién vivo, el tamaño del grupo familiar, el inicio e interrupción del trabajo, el seguro médico y cualquier cambio en mi ingreso superior a $100 al mes. No tengo que informar al DTA sobre un cambio en mis ingresos inferior a $100 al mes.

¿Cómo obtengo un seguro médico?

- Si recibo la TAFDC o la EAEDC, también recibiré MassHealth.
- Si se me deniega la TAFDC o EAEDC, o cesan mis beneficios, debo solicitar MassHealth por separado. Para presentar una solicitud de MassHealth llame al 800-841-2900.

Si obtengo MassHealth, acepto que MassHealth puede cobrar:

- dinero que me deba otra fuente para mi atención médica, y
- manutención médica del progenitor ausente de cualquier hijo menor de 19 años que recibe beneficios de MassHealth.

¿Hay normas especiales si soy elegible <u>únicamente</u> por causa de un accidente o lesión?
Si mi familia recibe beneficios de MassHealth o del DTA debido a un accidente o lesión, yo debo usar todo el dinero que reciba por el accidente o lesión para devolvérselo. El dinero pudiera ser de una póliza de seguro, un acuerdo, o cualquier otra fuente. Esto aplica si desconozco aún cuáles son las posibles fuentes de dinero.

Acepto colaborar con MassHealth y el DTA al:

- Reclamar el dinero de otras fuentes.
- Informar inmediatamente a MassHealth y al DTA sobre cualquier reclamación al seguro, demanda u otro proceso para obtener dinero.
- Comunicar la nueva información de MassHealth y el DTA cuando la reciba.

Si no coopero, MassHealth y el DTA pueden interrumpir o denegar mis beneficios. Acepto que MassHealth y el DTA pueden:

- Compartir información sobre mis beneficios con el fin de cobrar dinero para reintegrar esos beneficios.
- Ver todos los registros sobre el dinero que yo pueda obtener debido al accidente o lesión, tales como los registros del Department of Industrial Accidents.

Si recibo la EAEDC por que tengo una discapacidad o soy mayor de 65 años de edad, debo presentar una solicitud de los beneficios federales del Supplemental Security Income (SSI). Si me aprueban beneficios del SSI que cubren el mismo tiempo en el que obtuve la EAEDC, the Social Security Administration enviará parte de mi SSI retroactivo al DTA para reintegrar la EAEDC.

Notificación importante sobre la ley y sus beneficios
Una Intentional Program Violation (IPV) es dar intencionalmente una declaración falsa o engañosa o tergiversar, ocultar o retener hechos, ya sea oralmente o por escrito, con el fin de establecer o mantener la elegibilidad para los beneficios de la TAFDC o la EAEDC, o para obtener beneficios a los que no tengo derecho.

Si soy declarado culpable de una IPV por un tribunal de justicia o por una audiencia administrativa de descalificación, se me descalificará para recibir beneficios de la TAFDC o la EAEDC por un período de:

- 6 meses por la primera violación
- 12 meses por la segunda violación
- indefinidamente por la tercera violación

Además, pueden aplicarse otras leyes.

Prohibiciones para las compras con la tarjeta EBT
Entiendo que es ilegal usar los fondos de la TAFDC o la EAEDC de una tarjeta de electronic benefit transfer (EBT) para pagar lo siguiente: bebidas alcohólicas, productos de tabaco, billetes de lotería; material o espectáculos orientados a adultos; juegos de azar; armas de fuego y municiones; servicios vacacionales; tatuajes; perforaciones corporales; joyas; televisores; equipos de música; videojuegos o consolas en tiendas de alquiler con opción a compra; productos de marihuana; tasas judiciales; multas; fianzas o compromisos de fianza.

Prohibiciones sobre dónde puedo usar mi tarjeta EBT
Entiendo que es ilegal usar mi tarjeta de electronic benefit transfer (EBT) en los siguientes lugares: librerías para adultos; tiendas de parafernalia para adultos o establecimientos de espectáculos orientados a adultos; vendedores de municiones; casinos; casinos de apuestas o establecimientos de juego (de azar); cruceros; vendedores de armas de fuego; joyerías; licorerías; tiendas de manicura o estética; agencias de envío de efectivo a países extranjeros; tiendas de marihuana recreativa o salones de tatuajes.

Sanciones por compras en efectivo prohibidas con la tarjeta EBT

- **Primera infracción:** Debo devolver el monto gastado al DTA.
- **Segunda infracción**: Debo devolver el monto gastado al DTA y perderé los beneficios en efectivo durante **dos meses.**
- Tercera infracción: Debo devolver el monto gastado al DTA y perderé los beneficios en efectivo **permanentemente**.

FIRMA:

Al firmar esta solicitud, certifico que entiendo y acepto los "Derechos, responsabilidades y sanciones."

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____