



**Departamento de Asistencia Transitoria**  
**SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL SNAP**  
**(Para hogares con SSI puro)**

Fuente: SSA

**Puede enviar este formulario al DTA por:**

- Fax al 617-887-8765; o bien,
- Por correo a DTA Document Processing Center: P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780

**PUEDA OBTENER LOS BENEFICIOS DEL SNAP EN UN PLAZO DE 7 DÍAS SI SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES** (*marque las casillas que correspondan*):

Sus ingresos y el dinero que tiene en el banco suman menos que el gasto mensual en vivienda; o

Sus ingresos mensuales son de \$150 o menos y tiene en el banco \$100 o menos; o

Es un trabajador migrante y tiene en el banco \$100 o menos.

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:    /    /    Género:  M  F    Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Dirección actual:  
 Número y calle: \_\_\_\_\_ N.º de apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal: (*si es diferente*) \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Usted vive en:     Vivienda privada     Vivienda residencial     Programa de convivencia para adolescentes  
 Vivienda pública     Pensión comercial     Campamento de inmigrantes  
 Viviendas de transición     Vivienda proporcionada por el empleador     Refugio

¿Es usted una persona sin hogar?    Sí     No

¿Cuántas personas viven en su hogar (sin incluirse usted)?

- |  |               | Sí                       | No                       |                 |               |            |                 |                  |  |  |  |
|--|---------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|---------------|------------|-----------------|------------------|--|--|--|
| 1. ¿Desea dar permiso a otra persona para que solicite o reciba beneficios del SNAP por usted?   |               |                          |                          |                 |               |            |                 |                  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido: _____</td> <td style="width: 25%;">Nombre: _____</td> <td style="width: 25%;">M.I. _____</td> <td style="width: 25%;">Teléfono: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Dirección: _____</td> </tr> </table> |               |                          |                          | Apellido: _____ | Nombre: _____ | M.I. _____ | Teléfono: _____ | Dirección: _____ |  |  |  |
| Apellido: _____  | Nombre: _____ | M.I. _____               | Teléfono: _____          |                 |               |            |                 |                  |  |  |  |
| Dirección: _____   |               |                          |                          |                 |               |            |                 |                  |  |  |  |
| 2. ¿Hay alguna embarazada en su grupo familiar?<br>.....   |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |               |            |                 |                  |  |  |  |
| 3. ¿Hay algún menor en su grupo familiar que no sea hijo(a) suyo(a), que sea menor de 18 años y que no esté bajo su control y supervisión?<br>.....  |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |               |            |                 |                  |  |  |  |
| 4. ¿Algún miembro de su grupo familiar está interno?<br>.....  |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |               |            |                 |                  |  |  |  |
| 5. ¿Se están realizando pagos por acogida para alguien de su grupo familiar?<br>.....  |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |               |            |                 |                  |  |  |  |
| 6. ¿Hay alguien de su grupo familiar que NO resida en Massachusetts o que tenga intención de irse de Massachusetts?.....   |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |               |            |                 |                  |  |  |  |

7. ¿Hay alguien en su grupo familiar que NO sea ciudadano estadounidense?
8. ¿Algún miembro de su grupo familiar desea registrarse para votar?
9. ¿Hay alguna persona con discapacidad física o mental en su grupo familiar?
10. ¿Algún miembro de su grupo familiar trabaja actualmente o ha trabajado en algún momento durante los últimos sesenta días?.....
11. ¿Algún miembro de su grupo familiar tiene derecho a percibir o percibe algún otro tipo de ingresos, como manutención de hijos, Seguridad Social, indemnización por accidente laboral, beneficios para veteranos?
12. ¿Algún miembro de su grupo familiar tiene la obligación legal de pagar manutención a alguien que no viva en su hogar? .....
13. ¿Hay algún miembro de su grupo familiar que tenga gastos de guardería?.....
14. ¿Algún miembro de su grupo familiar tiene gastos de seguro de salud?.....
15. ¿Algún miembro de su grupo familiar mayor de 60 años o discapacitado tiene gastos médicos de su bolsillo?.....
16. ¿Qué tipo de gastos de vivienda tiene?
- Alquiler/Hipoteca .....
- Impuestos sobre la propiedad
- Otro .....
17. Usted paga:  Gastos de calefacción y/o refrigeración independientes de su alquiler/hipoteca
- Otros servicios (sin incluir calefacción/refrigeración)
- Un teléfono, incluido el celular
18. ¿Ha recibido o cree que va a recibir pagos de ayuda para combustible? .....

**Departamento de Asistencia Transitoria**  
**SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL SNAP**  
**(Para hogares con SSI puro)**

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, ideología política o tomar represalias por una actividad de derechos civiles previa.

La información del programa podrá ponerse a disposición en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., Braille, letras de molde grandes, grabación, Lenguaje de Señas Norteamericano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron 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 denuncia de discriminación en el programa, el denunciante debe llenar un formulario AD-3027, Formulario de denuncia de discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del/de la denunciante y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con el detalle suficiente para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta debe presentarse al USDA por:

**1. correo:**

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](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

*Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio que las respuestas en esta solicitud y/o cualquier documento complementario o información que pueda proporcionar al Departamento de Asistencia Transitoria en el futuro son exactas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información inexacta u ocultar información que afecte mi elegibilidad para el SNAP puede dar lugar a sanciones civiles y penales. Certifico también que todos los miembros de mi grupo familiar que solicitan los beneficios del Programa SNAP son ciudadanos estadounidenses o no ciudadanos con un estatus migratorio satisfactorio.*

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la solicitante

/ / \_\_\_\_\_  
Fecha