



**Massachusetts**  
**Solicitud de beneficios SNAP**  
**para personas mayores**  
 (Para personas y parejas de 60 años o mayores)



¿Cómo puedo solicitar los beneficios de SNAP?

- Presente la solicitud en línea en [DTAConnect.com](http://DTAConnect.com). ¡Esta es la manera más rápida!
- Por fax al **1-617-887-8765**
- 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿En qué tipo de vivienda vive usted?		
<input type="checkbox"/> Vivienda privada	<input type="checkbox"/> Centro residencial	<input type="checkbox"/> Albergue
<input type="checkbox"/> Vivienda transicional	<input type="checkbox"/> Campamento de trabajadores migrantes	<input type="checkbox"/> Vivienda temporal
<input type="checkbox"/> Vivienda pública	<input type="checkbox"/> Establecimiento de casa de huéspedes	<input type="checkbox"/> Otros
Al firmar, yo estoy de acuerdo con que:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• la información que doy es verdadera y completa a mi leal saber y entender;</li> <li>• puedo ir a prisión o que se me exija pagar multas por dar información incorrecta o incompleta a sabiendas;</li> <li>• el DTA y otros funcionarios federales, estatales y locales podrían verificar (comprobar) toda la información que yo dé.</li> </ul>		
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 1-833-712-8027.**

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

- La suma de sus ingresos brutos y la cantidad de dinero que tenga en el banco es menor que sus gastos mensuales de vivienda; o si
- Sus ingresos brutos 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.



Si usted necesita ayuda debido a una discapacidad, podemos brindarle una acomodación para facilitarle la colaboración con nosotros.

Llame al 1-877-382-2363 para solicitar una acomodación o ayuda con la solicitud.



¿Es usted una persona que tiene una discapacidad?

Sí  No

Si contestó Sí, ¿cómo prefiere comunicarse con nosotros?

En persona  Lenguaje de señas: En persona  
 Por teléfono  Lenguaje de señas:  
Servicio de retransmisión por video (VRS)  
Su número de teléfono de VRS:  
\_\_\_\_\_

¿Ha MassHealth certificado que usted tiene una discapacidad?

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 recibir textos del DTA, puede cancelar desde DTA Connect, llamarnos al 1-877-382-2363, o enviar el texto "OPT OUT" si recibe mensajes de texto.

## Información sobre usted

Número de Seguro Social (SSN):

Fecha de nacimiento:

Género:

Masculino

Femenino

¿Es usted ciudadano/a de EE. UU.?

Sí  No

¿En qué idioma prefiere hablar?

**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.

¿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. Solamente nombre a los niños menores de 22 años, su cónyuge y/o a otras personas que compran o cocinan la mayoría de las comidas con usted.

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Número de Seguro Social (SSN)</u>	<u>¿Cuál es la relación o el parentesco con usted?</u>	<u>¿Es esta persona ciudadano de EE. UU.?</u>	<u>¿Está esta persona solicitando los beneficios de SNAP?</u>
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Ingresos

¿Hay alguna persona que reciba **ingresos** tales como Empleo, 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:

<u>Persona con ingresos</u>	<u>Tipo de ingresos</u>	<u>Frecuencia</u>		<u>Cantidad bruta</u>
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otros:	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otros:	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otros:	

## Costos de vivienda

¿Es el hogar responsable de pagar los costos de la vivienda?

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

<b>Tipo:</b>	<b>Cantidad:</b>	<b>Frecuencia:</b>		
<input type="checkbox"/> Alquiler	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Otros:		
<input type="checkbox"/> Hipoteca	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Otros:		
<input type="checkbox"/> Impuestos a la propiedad*	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Otros:		
<input type="checkbox"/> Seguro de la vivienda*	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Otros:		
<input type="checkbox"/> Cuota de condominio	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Otros:		
<input type="checkbox"/> Otros	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> 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**, marque todos los gastos de servicios públicos que le correspondan a usted:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Calefacción</b> (combustible, gas natural, electricidad o propano, etc.) | <input type="checkbox"/> <b>Electricidad y/o gas</b> (que no sean para calefacción); agua; alcantarillado; y/o la recolección de basura |
| <input type="checkbox"/> <b>Electricidad para un aire acondicionado en el verano</b>                 |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Una tarifa para usar un aire acondicionado</b>                           | <input type="checkbox"/> <b>Servicio de teléfono fijo o celular</b> (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 dependiente**    **Cantidad pagada**

**Frecuencia**

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  Semanal     Bisemanal     Mensual  
 Otros:

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  Semanal     Bisemanal     Mensual  
 Otros:

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

Sí  No

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

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

## Costos médicos

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

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

<u>Nombre</u>	<u>Tipo de gastos</u>	<u>Total de gastos por mes</u>
_____	<input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Atención dental <input type="checkbox"/> Seguro de salud <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Otros (medicamentos sin receta, suministros médicos, etc.)	_____
_____	<input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Atención dental <input type="checkbox"/> Seguro de salud <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Otros (medicamentos sin receta, suministros médicos, etc.)	_____

**NOTA:** Puede recibir crédito por los costos que 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:

<u>Nombre</u>	<u>Dirección del proveedor de atención médica</u>	<u>Número de viajes en automóvil por semana</u>		<u>Gastos de estacionamiento, transporte público, taxi, servicios de traslados, etc.</u>
		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?

---

### 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 o Agencia: \_\_\_\_\_

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 1-800-997-2555.
- Si usted desea denegar cualquiera de las funciones anteriores, llame al 1-877-382-2363.

# ¿Qué sucede después?

Por favor guarde las siguientes páginas en sus archivos.



## Llamada telefónica

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 1-833-712-8027, de lunes a viernes, de 8:15 a 4:45, para dar la entrevista.

## Envíe las verificaciones

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!

## Obtenga beneficios de SNAP

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.

## Conéctese

Visite DTACconnect.com, use la aplicación móvil DTA Connect o llame a la Línea de asistencia del DTA al 1-877-382-2363 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 **1-833-712-8027** o visite [Mass.gov/DTA](https://www.mass.gov/DTA).

## RECURSOS ADICIONALES

**Camino al Trabajo de SNAP (SNAP Path to Work):** Encuentre proveedores de Empleo y Capacitación visitando [SNAPpathtowork.org](https://SNAPpathtowork.org).

Nota: Esto es solo para los clientes de SNAP.

**Massachusetts 2-1-1:** Llame al 211 para encontrar programas de salud y de servicios humanos en su área.

**SNAP-Ed:** Visite el sitio web de Educación en nutrición de SNAP en [MAhealthyfoodsinsnap.org](https://MAhealthyfoodsinsnap.org) para encontrar recetas saludables, consejos de cocina ¡y maneras en las que su familia haga actividades físicas!

**Project Bread:** Llame a la línea directa y gratuita de Food Source de Project Bread al 1-800-645-8333 para encontrar recursos de alimentos en su área.

# SUS OPCIONES DE VERIFICACIÓN

- Usted puede usar esta lista de control para presentar las verificaciones junto con esta solicitud. Esto nos ayudará a completar 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](https://www.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)
    - Formulario 1099 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:
- Recibo 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
- Declaración de un abogado de inmigración sobre el estado actual o pendiente

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

NOTA: El total de los gastos médicos del hogar deben ser mayores de \$35 por mes para que sean considerados.

## **Aviso sobre derechos, responsabilidades y sanciones del Departamento de Asistencia Transicional (DTA)**

- Este aviso indica los derechos y las responsabilidades para todos los programas del DTA. Debe cumplir con las reglas de los programas en los que solicita participar.
- Lea estas páginas y consérvelas para consulta.
- Informe al DTA si tiene preguntas.

### **Juro bajo pena de perjurio que:**

- Leí la información de este formulario, o alguien la leyó para mí.
- Mis respuestas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.
- Proporcionaré al DTA información que sea verdadera y completa a mi leal saber y entender durante mi entrevista y en el futuro.

### **Entiendo que:**

- proporcionar información falsa o engañosa es fraude,
- distorsionar u ocultar datos para obtener beneficios del DTA es fraude,
- el fraude se considera una Violación intencional del programa (IPV) y
- si el DTA considera que cometí fraude, podrá presentar demandas civiles y penales contra mí.

### **También entiendo que:**

- El DTA verificará la información que proporciono en mi solicitud. Si alguna información es falsa, el DTA podrá negarme los beneficios.
- También podré estar sujeto/a a una acción penal por proporcionar información falsa.
- Si el DTA obtiene información de una fuente confiable sobre un cambio en mi grupo familiar, el monto de mi beneficio podría cambiar.
- Al firmar este formulario, doy permiso al DTA para que verifique mi elegibilidad para recibir beneficios, lo que incluye:
  - Obtener información de otras agencias estatales o federales, autoridades de vivienda locales, departamentos de bienestar fuera del estado, instituciones financieras y Equifax Workforce Solutions (The Work Number). También doy permiso a esas agencias para compartir información sobre la elegibilidad de mi grupo familiar para recibir beneficios con el DTA.
  - Si el DTA usa información de Equifax sobre los ingresos percibidos por mi grupo familiar, tengo derecho a recibir una copia de mi informe de Equifax si la solicito dentro de los 60 días posteriores a la decisión del DTA. Tengo derecho a cuestionar la información que figura en el informe. Puedo comunicarme con Equifax a: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (número gratuito).
- Tengo derecho a recibir una copia de mi solicitud, incluida la información que el DTA usa para decidir la elegibilidad de mi grupo familiar y el monto de los beneficios. Puedo pedir al DTA una copia electrónica de la solicitud completa.

### **¿Cómo usará el DTA mi información?**

Al firmar a continuación, doy permiso al DTA para que obtenga información y comparta

información sobre mí y los miembros de mi grupo familiar con:

- Bancos, escuelas, gobierno, empleadores, arrendadores, empresas de servicios y otras agencias para verificar si soy elegible para beneficios.
- Empresas de servicios de electricidad, gas y teléfono para que pueda obtener descuentos en los servicios. Las empresas no pueden compartir mi información ni usarla para ningún otro fin.
- El Departamento de vivienda y desarrollo comunitario para que me inscriban en el programa Heat & Eat. Este programa ayuda a las personas a obtener la mayor cantidad de beneficios posible.
- El Departamento de educación temprana y secundaria para que mis hijos puedan recibir comidas escolares gratis.
- El Programa de mujeres, bebés y niños (WIC) para que los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas de mi grupo familiar reciban WIC.
- Los Servicios de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (USCIS) para verificar mi estado migratorio. La información de USCIS podría afectar la elegibilidad de mi grupo familiar y el monto de los beneficios del DTA.

*Nota: Aunque no sea elegible para beneficios debido a su estado migratorio, el DTA no lo/la denunciará con las autoridades de migraciones a menos que le muestre al DTA una orden final de deportación.*

- El Departamento de Recaudación de Impuestos (DOR) para verificar mi elegibilidad para créditos fiscales basados en los ingresos, como Ingresos percibidos e Ingresos limitados, y para determinar si soy elegible para una “exención de impuestos” o condición de dificultad económica.
- El Departamento de Niños y Familias (DCF) para coordinar servicios ofrecidos conjuntamente por el DTA y el DCF.

### **¿Cómo usa el DTA los Números del Seguro Social (SSN)?**

El DTA puede solicitar números del Seguro Social de conformidad con la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) para el SNAP, y de conformidad con M.G.L. c. 18, artículo 33 para TAFDC y EAEDC. El DTA usa SSN para:

- Verificar la identidad y elegibilidad de cada miembro del grupo familiar por los que presento la solicitud mediante programas de cotejo de datos.
- Supervisar el cumplimiento de las reglas del programa.
- Cobrar dinero su el DTA determina que recibí beneficios para los que no era elegible.
- Ayudar a las agencias policiales a atrapar a las personas que se ocultan de la ley.

Entiendo que no tengo que proporcionarle al DTA el SSN de ninguna persona de mi grupo familiar que no sea ciudadana, incluido/a yo mismo/a, y quien no desea recibir beneficios. Los

ingresos de una persona no ciudadana podrán contabilizarse incluso si esa persona no recibe beneficios.

### **Derecho a un intérprete**

Entiendo que:

- Tengo derecho a un intérprete profesional gratis proporcionado por el DTA si prefiero comunicarme en un idioma que no es el inglés.
- Si tengo una audiencia con el DTA, puedo pedirle al DTA que me proporcione un intérprete profesional gratis o, si lo prefiero, puedo traer a alguien para que actúe de intérprete. Si necesito que el DTA me proporcione 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 inscripción para votar**

Entiendo que:

- Tengo derecho a inscribirme para votar a través del DTA.
- El DTA me ayudará a completar el formulario de solicitud de inscripción como votante si necesito ayuda.
- Puedo completar el formulario de solicitud de inscripción como votante en privado.
- Solicitar o rechazar la inscripción como votante no afectará mis beneficios con el DTA.

### **Oportunidades de empleo**

Acepto que el DTA podrá compartir mi nombre e información de contacto con proveedores de empleo y capacitación, incluidos:

- Proveedores de Path to Work del SNAP o especialistas del DTA para clientes del SNAP; y
- Proveedores de empleo y capacitación contratados o trabajadores de participación plena para usuarios de TAFDC.

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

### **Estado de ciudadanía**

Juro que todos los miembros de mi grupo familiar que solicitan beneficios del DTA son ciudadanos de los EE. UU. o son no ciudadanos que residen legalmente.

### **Programa de asistencia nutricional suplementaria**

Entiendo que:

- El DTA administra el programa SNAP en Massachusetts.
- Cuando presento una solicitud con el DTA (por teléfono, en línea, en persona o por correo o fax), el DTA tiene 30 días desde la fecha en la que recibió mi solicitud para decidir si soy elegible.
  - Si soy elegible para el SNAP acelerado (de emergencia), el DTA debe proporcionarme el SNAP y asegurarse de que reciba una tarjeta para Transferencia electrónica de beneficios (EBT) en un plazo de 7 días desde la fecha en la que



recibieron mi solicitud.

- Tengo derecho a hablar con un supervisor del DTA si:
  - El DTA determina que no soy elegible para beneficios del SNAP de emergencia y yo no estoy de acuerdo.
  - Soy elegible para beneficios del SNAP de emergencia, pero no recibo mis beneficios antes del 7º día después de presentar mi solicitud para el SNAP.
  - Soy elegible para beneficios del SNAP de emergencia, pero no recibo mi tarjeta EBT antes del 7º día después de presentar mi solicitud para el SNAP.
- Cuando reciba el SNAP, deberé cumplir con ciertas reglas. Cuando me aprueben para el SNAP, el DTA me entregará una copia del folleto “Su derecho a saber” (Your right to know) y el folleto del programa SNAP. Leeré los folletos o le pediré a alguien que los lea para mí. Si tengo preguntas o necesito ayuda para leer o comprender esta información, puedo llamar al DTA al 1-877-382-2363.

### **Notificar al DTA sobre cambios en mi grupo familiar:**

- Si pertenezco a un grupo familiar de Informe simplificado del SNAP, no tengo que informar la mayoría de los cambios al DTA hasta la fecha de presentación del Informe provisional o el vencimiento de la recertificación con el DTA. Lo que sí debo informar antes es lo siguiente:
  - Si los ingresos de mi grupo familiar superan el límite de ingresos brutos (que se indica en el aviso de aprobación).
    - Debo informar esto antes del 10º día del mes posterior al mes en el que mis ingresos superaron el límite.
  - Si debo cumplir con las reglas laborales de Adultos físicamente capaces sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés) y la cantidad de horas de trabajo se reducen a menos de 20 horas semanales.
- Si alguien en mi grupo familiar tiene más de 60 años, es discapacitado o menor de 18 años, y si nadie recibe ingresos por su trabajo, lo único que debo informar es lo siguiente:
  - Si alguien comienza a trabajar, o
  - Si alguien se une al grupo familiar o sale del grupo familiar.
    - Debo informar estos cambios antes del 10º día del mes posterior al mes en el que ocurrió el cambio.
- Si recibo SNAP a través de la Alternativa de beneficios transitorios (TBA) debido a que ya no recibo TAFDC, no necesito informar ningún cambio al DTA durante los primeros 5 meses que reciba TBA.
- Si recibo SNAP a través de Bay State CAP, no necesito 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 dentro de los 10 días posteriores al cambio. Consulte **¿Cuándo debo informar al DTA sobre cambios en mi grupo familiar?** en **Ayuda transitoria para familias con**

## **hijos dependientes (TAFDC) y Ayuda transitoria para adultos mayores, discapacitados y niños (EAEDC) a continuación.**

Podré recibir más beneficios del SNAP si informo y le demuestro al DTA lo siguiente en cualquier momento:

- Costos de la atención de hijos u otros dependientes, costos de vivienda y/o costos de servicios;
- Manutención infantil que yo (o alguien de mi grupo familiar) esté obligado/a a pagar a una persona que no pertenece al grupo familiar; y
- Costos médicos para miembros de mi grupo familiar, incluido/a yo mismo/a, mayores de 60 años o discapacitados.

**Reglas laborales para usuarios del SNAP:** Si recibe beneficios del SNAP y tiene entre 16 y 59 años, podría cumplir con las reglas laborales generales del SNAP o las reglas laborales de ABAWD, a menos que esté exento/a. El DTA me informará a mí y a los miembros de mi grupo familiar si debemos cumplir con alguna regla laboral, las exenciones y lo que ocurrirá si no cumplo con las reglas.

Si está abarcado/a por las reglas laborales del SNAP:

- Deberá registrarse para trabajo en la solicitud y en la recertificación para el SNAP. Deberá registrarse cuando firme el formulario de solicitud o recertificación del SNAP.
- Deberá proporcionar al DTA información sobre su situación laboral cuando el DTA la requiera.
- Deberá presentarse ante un empleador si el DTA lo/la remite.
- Deberá aceptar una oferta de trabajo (a menos que tenga un motivo válido para no hacerlo).
- No deberá renunciar a un trabajo de más de 30 horas semanales sin un motivo válido.
- No deberá reducir su horario laboral a menos de 30 horas semanales sin un motivo válido.

### **Reglas del SNAP**

- No proporcione información falsa ni oculte información para obtener beneficios del SNAP.
- No intercambie ni venda beneficios del SNAP.
- No modifique las tarjetas EBT para obtener beneficios del SNAP para los que no es elegible
- No use beneficios del SNAP para comprar productos no elegibles, 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 le haya dado permiso para usar su tarjeta en su nombre.

### **Advertencias de sanción del SNAP**

Entiendo que si yo o cualquier miembro de mi grupo familiar en el SNAP viola intencionalmente alguna de las reglas indicadas anteriormente, esa persona no será elegible para recibir beneficios del SNAP durante *un año* después de la primera violación, *dos años*

después de la segunda violación y *para siempre* después de la tercera violación. Esa persona también podría recibir una multa de hasta \$250,000, prisión durante hasta 20 años o ambas. También podría estar sujeta a procesos judiciales conforme a las leyes federales y estatales.

Entiendo también las siguientes sanciones. Si yo o un miembro de mi grupo familiar en el SNAP:

- Cometemos una violación intencional del programa (IPV) de **beneficios en efectivo**, no seremos elegibles para el SNAP por el mismo período que no seamos elegibles para recibir ayuda en efectivo.
- Realizamos una declaración fraudulenta sobre nuestra identidad o residencia para recibir múltiples beneficios del SNAP *al mismo tiempo*, no seremos elegibles para el SNAP por **diez años**.
- Comercializamos (vendemos o compramos) beneficios del SNAP para sustancias/drogas ilegales, no seremos elegibles para el SNAP por **dos años** después de la primera violación y **para siempre** después de la segunda violación.
- Comercializamos (vendemos o compramos) beneficios del SNAP para armas de fuego, municiones o explosivos, no seremos elegibles para el SNAP **para siempre**.
- Ofrecemos vender beneficios del SNAP o una tarjeta EBT en línea o en persona, el estado podrá considerar una Violación intencional del programa (IPV) contra nosotros.
- Pagamos alimentos comprados a crédito, no seremos elegibles para el SNAP.
- Compramos productos con beneficios del SNAP con la intención de desechar el contenido y devolver los envases para recibir dinero, no seremos elegibles para el SNAP.
- Escapamos para evitar procesamiento, custodia o confinamiento después de una condena por un delito grave, no seremos elegibles para el SNAP.
- Violamos una libertad condicional o bajo palabra y la policía busca activamente arrestarnos, no seremos elegibles para el SNAP.

Toda persona condenada por un crimen después del 7 de febrero de 2014 no es elegible para recibir beneficios del SNAP si es delincuente fugitivo o viola la libertad condicional o bajo palabra, de conformidad con el título 7 del CFR, artículo 273.11(n), **y** fue condenada en su adultez por:

- 1 . Abuso sexual agravado conforme al artículo 2241 del título 18 de U.S.C.;
- 2 . Asesinato conforme al artículo 1111 del título 18 de U.S.C.;
- 3 . Cualquier delito contemplado en el capítulo 110 del título 18 de U.S.C.;
- 4 . Un delito federal o estatal que incluya agresión sexual, como se define en el artículo 40002(a) de la Ley VAWA de 1994 (Título 42 de U.S.C., artículo 13925a); o
- 5 . Un delito conforme a la ley estatal que un abogado determine que es sustancialmente similar a un delito descrito en esta lista.

## **Declaración de no discriminación**

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA no pueden discriminar con base en la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, las creencias religiosas, discapacidades, la edad, ideologías políticas, ni pueden utilizar represalias por actividad de derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad dirigidos o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para recibir información sobre los programas (p. ej., Braille, letra grande, grabación en audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud de beneficios. Las personas con sordera, dificultad auditiva o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio federal de retransmisión al 1-800-877-8339. Asimismo, la información sobre los programas puede estar disponible en otros idiomas además de inglés.

Para presentar una queja de discriminación en relación con un programa:

- Complete el formulario de queja por discriminación en un programa, (AD-3027) que encontrará en línea en: [ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](https://ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en todas las oficinas del USDA. Puede pedir una copia del formulario de queja llamando al 1-866-632-9992; o
- Escriba una carta dirigida al USDA e incluya toda la información que se solicita en el formulario.

Presente el formulario completo o la carta al USDA por:

- correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue SW Washington, D.C.20250-9410; o
- fax: 1-202-690-7442; o
- correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## **Ayuda transitoria para familias con niños dependientes (TAFDC) y Ayuda de emergencia para adultos mayores, discapacitados y niños (EAEDC)**

TAFDC y EAEDC son programas de asistencia en efectivo. Para obtener más información y presentar una solicitud, visite [DTAConnect.com](https://DTAConnect.com) o llame a su oficina local del DTA. Esta información solo se aplica a grupos familiares que solicitan TAFDC o EAEDC.

### **¿Cuándo debo informar al DTA los cambios en mi grupo familiar?**

Debo informar al DTA los cambios que podrían afectar mi TAFDC o EAEDC (beneficios en efectivo) **en un plazo de 10 días**, pero no necesito informar al DTA sobre un cambio en mis ingresos inferior a \$100 por mes. Esto incluye cambios en mis ingresos, bienes, dirección, con quién vivo, tamaño de la familia, trabajo y seguro de salud.

## ¿Cómo obtengo seguro de salud?

- Si recibo TAFDC o EAEDC, también recibiré MassHealth.
- Si me niegan TAFDC o EAEDC, MassHealth usará mi información para evaluar si soy elegible para seguro de salud.
- Si se suspende mi EAEDC, debo presentar una solicitud a MassHealth por separado. Para preguntar sobre la solicitud, llame a 1-800-841-2900.

Si recibo MassHealth, acepto que MassHealth podrá cobrar:

- dinero que se me adeude para mi atención médica, y
- apoyo médico del padre/la madre ausente de cualquier menor de 19 años que reciba beneficios de MassHealth.

### ¿Aplican reglas especiales si soy elegible solo por un accidente o una lesión?

Si mi familia recibe beneficios de MassHealth o del DTA como consecuencia de un accidente o una lesión, debo usar el dinero que reciba por el accidente o la lesión para pagarles. El dinero podría provenir de una póliza de seguro, una liquidación o de cualquier otra fuente. Esto aplica incluso si todavía desconozco las posibles fuentes de dinero.

Acepto cooperar con MassHealth y el DTA de la siguiente manera:

- Completando reclamaciones de dinero de otras fuentes.
- Informando a MassHealth y al DTA de inmediato acerca de -cualquier reclamación del seguro, demanda u otros procedimientos para obtener dinero.
- Proporcionando a MassHealth y al DTA toda información nueva cuando la obtenga.

Si no coopero, MassHealth y el DTA podrán suspender o rechazar mis beneficios.

Acepto que MassHealth y el DTA podrán:

- Compartir información sobre mis beneficios para cobrar dinero a fin de pagar esos beneficios.
- Ver todos los registros sobre el dinero que podría recibir por el accidente o la lesión, como registros del Departamento de Accidentes Industriales.

Si recibo EAEDC porque tengo una discapacidad o soy mayor de 65 años, debo solicitar beneficios federales de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Si me aprueban para recibir beneficios de SSI durante el mismo tiempo que recibo EAEDC, la Administración del Seguro Social enviará parte de mis beneficios retroactivos de SSI para pagar la EAEDC.

## **Aviso importante sobre la ley y sus beneficios**

Una violación intencional del programa (IPV) es proporcionar intencionalmente una declaración falsa, engañosa o tergiversada, u ocultar información, ya sea de forma oral o escrita, con el objetivo de establecer o mantener la elegibilidad para beneficios de TAFDC o EAEDC, o para obtener beneficios para los que no soy elegible.

Si se determina que soy culpable de una IPV en un tribunal, una audiencia administrativa de inhabilitación o mediante la firma de una renuncia, me inhabilitarán para recibir beneficios de TAFDC o EAEDC por un período de:

- 6 meses para la primera violación
- 12 meses para la segunda violación
- para siempre en la tercera violación

También aplican otras leyes.

### **Prohibiciones de compras con la tarjeta EBT**

Entiendo que es ilegal usar fondos de TAFDC o EAEDC incluidos en una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) para pagar lo siguiente: bebidas alcohólicas; productos de tabaco; boletos de lotería; material y representaciones dirigidas a adultos; juegos de azar; armas de fuego y municiones; servicios de vacaciones; tatuajes; perforaciones corporales; joyas; televisores; reproductores de audio, videojuegos o consolas en tiendas de alquiler con opción de compra; marihuana recreativa; tarifas ordenadas por el tribunal; multas; fianzas o cauciones.

### **Prohibiciones con respecto a dónde puedo usar mi tarjeta EBT**

Entiendo que es ilegal usar mi tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) en los siguientes lugares: librerías para adultos; tiendas de parafernalia para adultos o establecimientos de representaciones orientadas a adultos; distribuidores de municiones; salas de juego; casinos o establecimientos de juegos de azar; cruceros; distribuidores de armas de fuego; joyerías; licorerías; salones de manicura o estética; agencias de envío de efectivo a países extranjeros; tiendas de marihuana recreativa o salones de tatuaje.

### **Sanciones para las compras prohibidas en efectivo con la tarjeta EBT**

- **Primera infracción:** Debo pagar al DTA el monto gastado.
- **Segunda infracción:** Debo pagarle al DTA el monto gastado y perderé los beneficios en efectivo por **dos meses**.
- **Tercera infracción:** debo pagar al DTA el monto gastado y perderé los beneficios en efectivo **de forma permanente**.

FIRMA:

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

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_