



Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Solicitud para personas mayores

(Para personas y parejas de 60 años o mayores)

¿Cómo solicito los beneficios de SNAP?

- Enviando por correo esta solicitud a:
DTA Document Processing Center
P.O. Box 4406
Taunton, MA 02780-0420
- Enviando por fax esta solicitud al:
(617) 887-8765
- Concurriendo a cualquier oficina local del DTA

Asegúrese de que usted:

- Nos dé un número de teléfono donde podamos llamarle durante los días de semana.
- Responda tantas preguntas como pueda. Si usted no está seguro sobre cómo responder a una pregunta, déjela en blanco y hablaremos sobre ella durante su entrevista. **Aceptaremos su solicitud si tiene su nombre, dirección (si la tiene) y firma.**
- Lea el Aviso de Derechos, responsabilidades y multas.
- Firme con su nombre en la última página.

Si usted desea más información o necesitara ayuda, por favor llame al **1-833-712-8027** o visite nuestro sitio web en www.mass.gov/dta.

¿Qué sucede después de que presente la solicitud?

Le llamaremos para hacer una entrevista y hablar sobre su solicitud.

- Si no pudiéramos contactarlo, le enviaremos una carta por correo para programar una entrevista telefónica.

Nota: Avísenos si no puede mantener la entrevista programada o si prefiere ir al DTA para hacer la entrevista. Puede llamarnos para hacer la entrevista en cualquier momento durante el horario laboral.

- Le proporcionaremos un intérprete si usted no hablara inglés.

Consulte la página siguiente para obtener más información.

Guarde esta hoja para sus registros.

Podríamos necesitar **verificación (prueba)** de algunas de las cosas que nos diga. Durante la entrevista le diremos qué verificaciones necesitamos. También le enviaremos una lista por correo. Usted tiene 30 días desde la fecha en que recibamos la solicitud para darnos las verificaciones que necesitamos. ¡Asegúrese de decirnos si necesita ayuda!

Podríamos pedirle:

- Identidad (quién es usted)
- Verificación de que sea residente de Massachusetts
- Sus ingresos: Ganancias o empleo por cuenta propia, beneficios para veteranos o una pensión
- Estado de no ciudadano si fuera un no ciudadano que solicita SNAP
- Costos médicos (esto no es necesario, pero podría hacerlo elegible para más beneficios de SNAP si nos da verificaciones)

Si usted nos informa sobre los costos de su albergue o atención diurna para adultos en esta solicitud, tal vez no necesitemos pedirle más verificaciones.

También le enviaremos por correo una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) si usted la necesita. Usted podría obtener la tarjeta EBT antes de que decidamos si es elegible para beneficios. También recibirá un Número de Identificación Personal (PIN) para usar con su tarjeta EBT. Esto es para que usted use sus beneficios tan pronto como estén disponibles, si usted fuera elegible. Cuando reciba su tarjeta EBT, también recibirá información sobre cómo usarla.

Tomaremos una decisión sobre su solicitud y le enviaremos una carta por correo dentro de los 30 días. Si aprobamos su solicitud, le informaremos la cantidad de los beneficios y cuándo los recibirá. Si rechazáramos su solicitud, le informaremos por qué motivo.

*Consulte la página siguiente para obtener más información.
Guarde esta hoja para sus registros.*



Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts

Solicitud para personas mayores

(Para personas y parejas de 60 años o mayores)

Usted podría obtener beneficios de SNAP dentro de los 7 días si uno de los siguientes lo describiera:

- ¿Suman sus ingresos y dinero en el banco menos que sus gastos mensuales de vivienda (incluyendo los servicios públicos)? Sí No
- ¿Son sus ingresos mensuales menores de \$150 y su dinero en el banco es de \$100 o menos? Sí No
- ¿Es usted un trabajador migrante y su dinero en el banco es de \$100 o menos? Sí No

Información sobre usted

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social
Cuál es el mejor número de teléfono para contactarlo:			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Un buen horario en el día para contactarlo por teléfono: Horario: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde			Fecha de nacimiento:
Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes			
Dirección del domicilio			¿Está usted desamparado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad, Estado, Código Postal			
Dirección postal (si fuera diferente):			
¿Cuál es su idioma principal?			

1. Su origen étnico/raza: Le pedimos esta información para asegurarnos de tratar a todos justamente. Su respuesta es voluntaria y no afectará su elegibilidad o cantidad de beneficios.

Origen étnico: Hispano o latino Sí No

Raza: (marque todo lo que corresponda)

- Indígena Americano o nativo de Alaska Asiático
 Negro o afroamericano Blanco
 Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico

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

3. ¿Es usted residente de Massachusetts? Sí No

4. ¿Necesita usted ayuda debido a una discapacidad? Podemos darle ayuda adicional llamada *acomodación*. Las acomodaciones pueden facilitar trabajar con nosotros. Sí No

5. ¿Tiene usted o alguien de su hogar experiencia militar? Sí No

Información sobre su hogar

6. ¿Viven otras personas con usted? Sí No

Si respondió sí, ¿comparten las comidas más de la mitad del tiempo? Sí No

7. Enumere a las personas que viven con usted. **Usted no necesita darnos su Número de Seguro Social o estado de ciudadanía para no ciudadanos que no estén solicitando SNAP, aunque vivan con usted.**

Apellido	Nombre	Inicial	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
¿Cuál es la relación de esta persona con usted?			Fecha de nacimiento:
¿Es ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social	

Apellido	Nombre	Inicial	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
¿Cuál es la relación de esta persona con usted?			Fecha de nacimiento:
¿Es ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social	

Información financiera

8. Infórmenos sobre sus ingresos y los ingresos de todos los que viven con usted.

Tipo de ingresos	Cantidad	Frecuencia de ingresos (semanal, quincenal, mensual, etc.)	¿De quién son estos ingresos?
Seguro Social	\$	mensual	
SSI	\$	mensual	
Pensión	\$		
Beneficios para veteranos	\$		
Compensación para trabajadores	\$		
Salarios de empleo	\$		
Desempleo	\$		
Otro (especifique)	\$		

9. ¿Necesita usted pagar por costos de atención de dependiente adulto? Sí No

Si respondió sí, ¿cuánto tiene que pagar? _____ por _____ (semana, mes, año, etc.)

10. ¿Conduce usted desde y hacia un centro de atención para adultos dependientes?

Sí No

Si respondió sí, dirección del proveedor de la atención _____

Número de veces _____ (semana, mes, año, etc.)

11. ¿Necesita usted pagar por costos médicos de bolsillo? Sí No

Esto puede incluir copagos, recetas, medicamentos de venta libre, anteojos, atención dental, baterías para audífonos, etc.

12. ¿Conduce usted desde y hacia el médico o la farmacia? Sí No

Si respondió sí, dirección del médico o la farmacia _____

Número de veces _____ (semana, mes, año, etc.)

Indique si necesita usted pagar por estacionamiento, \$ _____ por _____ (semana, mes, año, etc.)

13. ¿Necesita usted pagar alquiler? Sí No

Si respondió sí, indique cuánto tiene que pagar usted por:

Alquiler \$ _____ por _____ (semana, mes, año, etc.)

14. ¿Es propietario de su casa? Sí No

Si respondió sí, indique cuánto tiene que pagar usted por:

Hipoteca \$ _____ por _____ (mes, año, etc.)

Seguro de la propiedad \$ _____ por _____ (mes, año, etc.)

Impuestos a la propiedad \$ _____ por _____ (mes, año, etc.)

Tarifa del condominio \$ _____ por _____ (mes, año, etc.)

15. ¿Tiene usted que pagar por algo de lo siguiente?

- Calefacción (combustible, gas, electricidad o propano, etc.) Sí No
- Electricidad para aire acondicionado Sí No
- Una tarifa para usar un aire acondicionado Sí No
- Electricidad y/o gas Sí No
- Servicio telefónico o de teléfono celular Sí No

Divulgación de información para la Persona u Organización Asistente

16. ¿Está alguien ayudándolo a solicitar los beneficios de SNAP? Llamamos a esto Persona u Organización Asistente.

Sí No

¿Desea darle a esta persona u organización permiso para hablarle al DTA y compartir información confidencial pertinente sobre su caso durante hasta un año desde la fecha en que se firmó esta solicitud? Sí No

Si respondió sí, por favor indique la información de ellos a continuación:

Nombre de la Persona u Organización: _____

Número de teléfono de la Persona u Organización: _____

Dirección de la Persona u Organización: _____

NOTA: Una persona asistente no debe completar la entrevista de solicitud en nombre de su hogar.

Representante autorizado

17. Desea darle permiso a alguien para:

- ¿Firmar la solicitud y otros formularios, informar sobre cambios y hablar sobre su caso con nosotros? Sí No
- ¿Obtener una tarjeta EBT que le permita comprar por usted usando sus beneficios de SNAP? Sí No

Llamamos a esta persona Representante autorizado. Si su respuesta es sí, por favor indique la información a continuación.

Apellido	Nombre	Inicial	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
¿Cuál es la relación de esta persona con usted?			Fecha de nacimiento:
Número de teléfono de esta persona			
Dirección de esta persona			
Firma de esta persona			

Importante: La persona que elija debe darnos prueba de identidad. Usted puede cancelar o cambiar esta solicitud en cualquier momento. Las tarjetas EBT aún funcionan si un caso vuelve a abrirse después de haber sido cerrado. Si usted no desea que la persona que elija obtenga y use sus beneficios, asegúrese de informarnos para cancelar su tarjeta. Llame al 1-800-997-2555 para cancelar su tarjeta EBT o al 1-833-712-8027 para cancelar al Representante autorizado.

Aviso de Derechos, responsabilidades y multas – Por favor, lea atentamente

Certifico que he leído, o me han leído, la información de esta solicitud. Mis respuestas a las preguntas en esta solicitud son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender. También certifico que la información que proporcione al Departamento durante la entrevista de solicitud y en el futuro también será verdadera y completa a mi mejor saber y entender. Entiendo que dar información falsa o engañosa es fraude. También entiendo que alterar o retener datos para establecer elegibilidad para SNAP es fraude. Esto lleva a una Violación Intencional del Programa (IPV) y es sancionable con multas civiles y criminales.

Entiendo que el Departamento de Asistencia Transicional (DTA) administra SNAP. Entiendo que el DTA tiene 30 días desde la fecha de la solicitud para procesar mi solicitud. Más aún, entiendo que:

- La Ley de Alimentos y Nutrición del 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) permite que el DTA use mi Número de Seguro Social (SSN) y el SSN de cada miembro del hogar para quien presente la solicitud. El DTA usa esta información para determinar la elegibilidad de mi hogar para SNAP. El DTA verifica esta información por medio de programas informáticos de comparación de datos. Entiendo que el DTA los usa para monitorear el cumplimiento de los reglamentos del programa.
- La mayor parte del tiempo, los hogares bajo las reglas de Informe Simplificado de SNAP deben informar al DTA sobre cambios en el Informe Provisional (IR) y la recertificación con excepción de:
 - Si los ingresos de mi hogar superan el umbral de ingresos brutos
 - Si yo estoy bajo los requisitos de trabajo de adultos sanos sin dependientes a cargo (ABAWD) y mis horas de trabajo disminuyeran por debajo de 20 horas por semana
- Si el DTA recibe información verificada sobre mi hogar, la cantidad de mi beneficio podría cambiar
- Si yo no estuviera bajo las reglas del Informe Simplificado de SNAP o de la Alternativa de Beneficios Transicionales (TBA), debo informar al DTA sobre cambios en mi hogar que puedan afectar nuestra elegibilidad. Entiendo que debo informar sobre estos cambios al DTA en persona, por escrito o por teléfono **dentro de los 10 días del cambio**. Por ejemplo, usted debe informar sobre cambios en los ingresos, tamaño o dirección de su hogar.
- Tengo derecho a hablar con un supervisor si el DTA no me considerara elegible para beneficios de emergencia de SNAP y yo estuviera en desacuerdo. Podría hablar con un supervisor si yo fuera elegible para beneficios de emergencia de SNAP pero no recibiera mis beneficios al séptimo día calendario después de haber presentado la solicitud para SNAP. Podría hablar con un supervisor si yo fuera elegible para beneficios de emergencia de SNAP pero no recibiera mi tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) al séptimo día calendario después de haber presentado la solicitud para SNAP.
- Podría recibir más beneficios de SNAP si yo informara y presentara verificación al DTA de:
 - costos para niños o de otros servicios de atención de dependientes, costos de albergue, y/o costos de servicios públicos
 - Manutención infantil de obligación legal para un miembro que no esté en el hogar
- Si tuviera 60 años de edad o más o si estuviera discapacitado y pagara por costos médicos, puedo informar y presentar verificación de estos costos al DTA. Esto podría hacerme elegible para una deducción y aumentar mis beneficios de SNAP.
- A menos que cumplan con una exención, todos los beneficiarios de SNAP entre los 16 y 59 años de edad están registrados para trabajar y sujetos a los Requisitos Generales de Trabajo de SNAP. Los beneficiarios de SNAP entre los 18 y 49 años de edad también podrían estar sujetos a los requisitos del Programa de Trabajo de ABAWD. El DTA le informará a los miembros no exentos del hogar sobre los

requisitos de trabajo. El DTA le informará a los miembros no exentos del hogar sobre las excepciones y multas por incumplimiento.

- La mayoría de los beneficiarios de SNAP pueden participar voluntariamente en servicios de capacitación para el empleo y educación por medio del programa Camino al Trabajo de SNAP. El DTA entregará remisiones para el programa Camino al Trabajo de SNAP si correspondiera.
- El DTA también podría compartir los nombres e información de contacto de los beneficiarios de SNAP con los proveedores de Camino al Trabajo de SNAP para propósitos de contratación. Entiendo que los miembros de mi hogar podrían ser contactados por especialistas de Camino al Trabajo de SNAP del DTA o por proveedores contratados para explorar las opciones de participación en Camino al Trabajo de SNAP. Para obtener más información sobre el programa Camino al Trabajo de SNAP, visite www.snappathtowork.org.

Entiendo que la información que entregue con mi solicitud estará sujeta a verificación para determinar si es verdadera. Si cualquier información fuera falsa, el DTA podría negarme mis beneficios de SNAP. También yo podría estar sujeto a juicio por proporcionar información falsa.

Entiendo que al firmar esta solicitud le doy permiso al DTA para verificar e investigar la información que proporcione relacionada con mi elegibilidad para beneficios de SNAP, incluyendo permiso para:

- Obtener documentos para probar información en esta solicitud con otras agencias estatales y federales, autoridades locales de vivienda, departamentos de bienestar fuera del estado, instituciones financieras y de Equifax Workforce Solutions. También doy permiso a estas agencias para que le den información sobre mi hogar al DTA concerniente a mis beneficios de SNAP.
- Si correspondiera, verificar mi estado inmigratorio por medio de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS). Entiendo que el DTA podría verificar la información de mi solicitud para SNAP con USCIS. Cualquier información recibida de USCIS podría afectar la elegibilidad de mi hogar y la cantidad de los beneficios de SNAP.
- Compartir información sobre mí y mis dependientes menores de 19 años con el Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE). El DESE certificará a mis dependientes para programas escolares de desayuno y almuerzo.
- Compartir información sobre mí, mis dependientes menores de 5 años y cualquier persona embarazada en mi hogar con el Departamento de Salud Pública (DPH). El DPH remite a estas personas para servicios de nutrición al Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC).
- Compartir información, junto con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts, sobre mi elegibilidad para SNAP con compañías de electricidad, gas y proveedores de teléfono y cable elegibles para certificar mi elegibilidad para descuentos en las tarifas de servicios públicos.
- Compartir mi información con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (DHCD) para el fin de inscribirme en el programa de Calefacción y Alimentación.

El DTA podría negar, suspender o disminuir mis beneficios basado en la información de Equifax Workforce Solutions. Tengo derecho a una copia gratuita de mi informe de Equifax si lo solicitara dentro de los 60 días de la decisión del DTA. Tengo derecho a cuestionar la precisión o integridad de la información en mi informe. Podría comunicarme con Equifax a: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (línea gratuita).

Entiendo que obtendré una copia del folleto “Su derecho a saber” y del folleto del programa de SNAP. Leeré o me leerán los folletos, debiendo entender su contenido y mis derechos y responsabilidades. Si tuviera preguntas sobre los folletos o cualquier parte de esta información, me comunicaré con el DTA. Si tuviera

dificultad para leer o entender cualquier parte de esta información, me comunicaré con el DTA. Puede comunicarse con el DTA al: 1-877-382-2363.

Juro que todos los miembros de mi hogar SNAP que solicitan beneficios de SNAP son ciudadanos de EE. UU. o no ciudadanos con residencia legal.

Derecho a inscribirse para votar

Entiendo que tengo derecho a inscribirme para votar en el DTA. Entiendo que el DTA me ayudará a completar el Formulario de Inscripción de Votante si deseara ayuda. Tengo derecho a completar el Formulario de Inscripción de Votante en privado.

Entiendo que solicitar o rechazar la inscripción para votar no afectará la cantidad de beneficios que obtenga del DTA.

Advertencia de multa de SNAP

Entiendo que, si yo o cualquier miembro de mi hogar SNAP intencionalmente no cumpliera cualquiera de las reglas indicadas a continuación, esa persona no será elegible para SNAP durante *un año* después de la primera infracción, *dos años* después de la segunda infracción y *para siempre* después de la tercera infracción. Esa persona también puede ser multada hasta con \$250,000, ir a prisión hasta 20 años o ambas. También puede estar sujeta a juicio bajo otras leyes federales y estatales aplicables. Estas reglas son:

- No proporcionar información falsa u ocultar información para obtener beneficios de SNAP.
- No intercambiar o vender beneficios de SNAP.
- No alterar las tarjetas EBT para obtener beneficios de SNAP para los cuales usted no es elegible.
- No usar los beneficios de SNAP para comprar artículos inelegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No usar los beneficios de SNAP o la tarjeta EBT de otra persona, a menos que sea un Representante autorizado.

También entiendo las siguientes multas:

- Las personas que cometan una Infracción Intencional del Programa (IPV) **de efectivo** no serán elegibles para SNAP durante el mismo período en que la persona no sea elegible para la asistencia con efectivo.
- Las personas que hagan una declaración fraudulenta sobre su identidad o residencia para obtener múltiples beneficios de SNAP *en el mismo período* no serán elegibles para SNAP durante **diez años**.
- Las personas que intercambien (compre o vendan) beneficios de SNAP por drogas ilegales/sustancias controladas, no serán elegibles para SNAP durante **dos años** para la primera falta y **para siempre** para la segunda falta.
- Las personas que intercambien (compre o vendan) beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, no serán elegibles para SNAP **para siempre**.
- Las personas que intercambien (compre o vendan) beneficios de SNAP que tengan un valor de \$500 o más, no serán elegibles para SNAP **para siempre**.
- El estado podría enjuiciar por una IPV a una persona que haga una oferta para vender beneficios de SNAP o una tarjeta EBT en línea o en persona.
- Las personas que escapen para evitar el juicio, detención o reclusión después de la convicción por un delito, o que estén violando la libertad bajo palabra, *no son elegibles* para SNAP.
- No se permite pagar por alimentos comprados a crédito, y esto pudiera resultar en la descalificación de SNAP.
- Las personas no pueden comprar productos con beneficios de SNAP con la intención de descartar el contenido y devolver los envases por efectivo.

Derecho a un intérprete

Entiendo que tengo derecho a un intérprete proporcionado por el DTA si ningún adulto en mi hogar SNAP pudiera hablar o entender inglés. También entiendo que puedo obtener un intérprete para cualquier audiencia imparcial del DTA o llevar a un intérprete por mi cuenta. Si necesitara un intérprete para una audiencia, debo llamar a la División de Audiencias al menos una semana antes de la fecha de la audiencia.

Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administren programas de USDA discriminar basado en raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, represalia o venganza por actividades de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o patrocinado por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ej. braille, letras grandes, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para beneficios. Las personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. La información sobre el programa también puede ponerse a disposición en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación para el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su carta o formulario completado al USDA por:

- (1) correo: 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 por
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



FIRMA DEL SOLICITANTE: Al firmar esta solicitud, certifico que entiendo y estoy de acuerdo con los "Derechos, responsabilidades y multas".

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____