

**Departamento de Recursos Humanos  
del Estado de Alabama**

**Solicitud de Ayuda con los Alimentos**

Marque aquí si prefiere una entrevista telefónica o una entrevista cara a cara.

- Entrevista telefónica
- o
- Entrevista cara a cara

**AGENCY USE ONLY:**

**Expedite Screening:** Entitled \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Screener Signature and Date \_\_\_\_\_

FS Case Number \_\_\_\_\_

Check digit \_\_\_\_ Processing standard \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

IEVS Function \_\_\_\_\_

PA Case No. \_\_\_\_\_

Appointment Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Date Received

¿Necesita ayuda para llenar esta solicitud debido a su discapacidad? ¿Necesita un intérprete? ¿Necesita materiales traducidos? Si contestó que sí, solicite ayuda en la Oficina de Asistencia Alimenticia de su localidad. Las personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidades del habla pueden llamar al 1-833-822-2202 usando el Servicio de Retransmisión de Alabama al 711 o al 1-800-548-2546 (TTY) para recibir ayuda para comunicarse con la Oficina de Asistencia Alimenticia de su localidad.

- Usted tiene derecho a presentar una solicitud el mismo día en que se comunique con la oficina de su condado.
- Para presentar una solicitud solamente necesita poner su nombre, dirección y firma.
- Envíe esta solicitud por correo, fax o correo electrónico, o llévela a la Oficina de Asistencia Alimenticia del **condado en el que vive**. También puede presentar su solicitud en línea en [www.dhr.alabama.gov](http://www.dhr.alabama.gov). Si es elegible para asistencia alimenticia recibirá beneficios desde la fecha en que recibimos su solicitud firmada.
- Para conseguir la dirección o el número de teléfono de la oficina de su condado, llame a la línea sin costo: 1-833-822-2202 o visite el sitio de internet [www.dhr.alabama.gov](http://www.dhr.alabama.gov).

Si usted es residente de una institución y presenta una declaración conjunta para el SSI y la asistencia alimentaria antes de retirarse de dicha institución, recibirá los beneficios, en caso de que sea elegible, a partir de la fecha en que se retiró de la institución.

SU NOMBRE (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (mes, día, año)		Número de seguro social	
				(Solo para solicitantes)	
Dirección postal			Dirección física (si difiere del anterior)		
			Número de caso de asistencia alimentaria		
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	Teléfono (durante el día)	
Firma _____			Fecha _____		

\*\*Proporcionar el SSN de cada integrante del hogar es voluntario. Sin embargo, si no proporciona el SSN de cada integrante del hogar, dicho integrante será descalificado para acceder a los beneficios.

La elegibilidad de su hogar para recibir los beneficios de Ayuda con los Alimentos se determinará por separado de otros programas y no se le negarán por el simple hecho de que también se le han negado los beneficios de otros programas. Su solicitud de Ayuda con los Alimentos se procesará conforme a las normas, los requisitos del tiempo de respuesta, de aviso y de audiencia justa del programa de Ayuda con los Alimentos, incluso si presenta una solicitud para otros programas.

**Servicios urgentes**

**Es posible obtener beneficios de Ayuda con los Alimentos dentro de los 7 días calendario si los ingresos brutos mensuales en su hogar son inferiores a \$150 y los recursos líquidos (dinero en efectivo, cuenta corriente o cuenta de ahorros) son equivalentes a \$100 o menos; si el costo del alquiler/la hipoteca y los servicios públicos superan el total de los ingresos brutos mensuales y los recursos líquidos existentes en su hogar; o si un integrante de su hogar es trabajador agrícola temporal o migrante.**

**Si no responde las preguntas de esta solicitud, no podremos determinar su elegibilidad para los servicios acelerados.**

1. ¿Cuánto dinero en efectivo o en una cuenta bancaria tienen los integrantes de su hogar? \$ \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el total de ingresos que espera recibir en su hogar este mes? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es el costo mensual actual del alquiler/la hipoteca? \$ \_\_\_\_\_ ¿Y de los servicios públicos, excepto el teléfono? \$ \_\_\_\_\_
4. ¿Alguno de los integrantes de su hogar es trabajador agrícola temporal o migrante? Sí No  
Si la respuesta es "Sí", responda a estas preguntas: ¿Dejó de recibir ingresos en su hogar recientemente? Sí No  
¿Alguno de los integrantes de su hogar espera recibir ingresos de una nueva fuente este mes? Sí No  
Si la respuesta es "Sí", indique la cantidad? \_\_\_\_\_

¿Usted o algún integrante de su familia ha recibido o espera recibir los beneficios de Ayuda con los Alimentos de algún otro condado en Alabama o de algún otro estado este mes?  Sí  No ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de su familia recibió ayuda con los alimentos el mes pasado?  Sí  No

¿Ha sido usted o algún miembro de su familia condenado por algún tribunal estatal o federal por realizar declaraciones fraudulentas sobre su identidad o residencia con el objetivo de recibir ayuda con los alimentos en más de un estado al mismo tiempo?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, indique el nombre de la persona \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito grave conforme a la ley federal o estatal por posesión, uso o distribución de una sustancia controlada (condena por delito grave de drogas) después del 22 de agosto de 1996?  Sí  No

¿Usted o algún miembro de su hogar han sido condenados durante su edad adulta de abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y algún otro tipo de abuso infantil, delito federal o estatal que involucre agresión sexual, o algún delito en virtud de la ley estatal según lo determinado por la Fiscalía General sustancialmente similar a cualquiera de tales delitos, después del 7 de febrero de 2014?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿el miembro de su hogar condenado está cumpliendo con los términos de la sentencia?  Sí  No

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de asistencia alimentaria de más de \$500?  Sí  No

¿Usted o alguien de su hogar ha recibido ganancias de la lotería o apuestas por \$4,250 o más este mes?  Sí  No

## Integrantes del hogar

**INSTRUCCIONES:** Por favor, complete con letra de imprenta clara. Por favor, enumere a todos los miembros que viven en su hogar y responda todas las preguntas por cada miembro por el que pida los beneficios de asistencia alimentaria. Tiene que proporcionar solamente los números de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) y los datos sobre la condición de ciudadano o extranjero de los integrantes del hogar para los que solicita beneficios de Ayuda con los Alimentos. Tendrá que proporcionar información, tal como los ingresos de los integrantes del hogar que no solicitan beneficios, a fin de determinar si las personas para las cuales los solicita cumplen con los requisitos necesarios para acceder a los beneficios. (Use otra hoja si no hay suficiente espacio a continuación.) Algunos de los documentos que debe presentar en la entrevista incluyen los siguientes: *documento que certifique la identidad (licencia de conducir, acta de nacimiento), comprobante de ingresos (talones de cheque, carta de adjudicación, declaración de manutención de menores, declaración firmada por la persona que le proporciona dinero) y comprobante de gastos (recibos de alquiler, hipoteca, impuesto sobre bienes inmuebles, prima del seguro de la vivienda, recibos de guardería, órdenes y recibos de provisión de atención médica infantil y facturas médicas correspondientes a integrantes del hogar discapacitados y ancianos).* Si tiene gastos que no informa y/o que no prueba, no recibirá la deducción correspondiente a ese gasto. Le diremos lo que necesitamos para concluir su solicitud durante la entrevista.

Nombre inicial del segundo nombre y apellido	**Número de seguro social (SSN)  (Solo para solicitantes)	Fecha de nacimiento mes día año	Vínculo con usted	¿Trabaja?	En la escuela	Sexo M/F	*Origen étnico	*Raza	Ciudadano de EE. UU.  Sí o No (Solo para solicitantes)
				Sí o No	Sí o No		*Origen étnico Hispano/latino o no-hispano NO HISP  (Opcional)	Biancos, asiáticos, negros o norteamericanos, nativos hawaiano u otro isleño del Océano Pacífico, indígenas o nativos de Alaska (Opcional) EE. UU. *** Ciudadano (Opcional)	
			Usted						

\*Esta información es voluntaria. Marque todas las razas aplicables solamente si la persona está solicitando beneficios. Sus beneficios no serán afectados si no contesta las preguntas sobre grupo étnico o raza (si usted no contesta la agencia elegirá por usted). Al proporcionarnos esta información ayudará a garantizar que los beneficios de los programas se distribuyan sin importar la raza, el color ni la nacionalidad.

\*\*Proporcionar un NSS para cada miembro de la familia es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar un NSS para cada miembro de la familia ocasionará la descalificación de ese miembro.

\*\*\*Proporcionar información de ciudadanía o situación migratoria es voluntario. El no proporcionar esta información para cada miembro de la familia ocasionará la descalificación de ese miembro.

Indique a continuación el nombre de las personas que viven con usted pero que no desea que se incluyan como integrantes de su hogar ya que no compran alimentos ni colaboran con la preparación. (Use otra hoja si no hay suficiente espacio aquí.)

Nombre	Edad	Vínculo con usted	¿Esta persona le proporciona dinero a usted o a alguno de los integrantes del hogar antes mencionados? Sí o no. Sí sí, razón?	¿Esta persona paga alguna parte de las facturas de la vivienda? Sí o no. Sí sí, razón?

### Representante autorizado

Puede designar a alguien que no integre su hogar para que lo represente, entregue la solicitud y concurra a la entrevista. La persona designada debe conocer en detalle la situación de su hogar para poder proporcionar toda la información necesaria para determinar si cumple con los requisitos para recibir cupones de alimentos. Sigue siendo responsable de la información que proporcione cualquier persona que se desempeñe como su representante autorizado, incluso la información que pueda ser incorrecta. Si desea designar a alguien para que lo represente, escriba el nombre aquí: \_\_\_\_\_

### Registro del votante

Si, quisiera registrarme para votar.  Si, estoy registrado pero quisiera cambiar mi dirección con el fin de votar.  No, no deseo solicitar registrarme para votar.

**Si no marca ningún casillero, se considerará que optó por no registrarse para votar en esta oportunidad.**

Solicitar registrarse para votar o no hacerlo no afectará la cantidad de asistencia que reciba de esta agencia. Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud para registrarse para votar, podemos ayudarlo. Puede buscar asistencia con el formulario de solicitud buscando asistencia al momento de su entrevista o llamando al Departamento local de Recursos Humanos ubicado en su condado. La decisión de buscar o aceptar ayuda corre por cuenta suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si elige solicitar registrarse para votar o si rechaza registrarse para votar, la información en el formulario de solicitud o rechazo permanecerá confidencial y solamente se utilizará para fines de inscripción del votante.

Si considera que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar o rechazar registrarse para votar, con su derecho de privacidad sobre decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en State Capitol, 600 Dexter Avenue, Suite E-208, Montgomery, AL 36130 o llamando al 334-242-7210 o al 1-800-274-VOTE (1-800-274-8683).

## No envíe solicitudes aquí

### Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente 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 (833) 620-1071, 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:**  
Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; o
- (2) **fax:**  
(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o bien por
- (3) **correo electrónico:**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

## No envíe solicitudes aquí

### Avisos de penalización, declaración de falso testimonio y firma

Cuando su hogar reciba beneficios de ayuda alimentaria, usted deberá cumplir con todas las reglas. Debe brindar información verdadera y completa sobre todas las personas que viven en su hogar y, si el trabajador lo solicita, debe proporcionar documentación que certifique sus dichos. A Cualquier miembro de su familia que rompa alguna de estas reglas intencionalmente se le prohibirá el acceso a SNAP por 1 año por primera ofensa, 2 años por segunda ofensa y de manera permanente por tercera ofensa; puede ser multado hasta con \$250,000, encarcelado hasta por 20 años, o ambas cosas; puede ser sujeto a juicio bajo otras leyes federales. A él/ella también se le puede prohibir el acceso al Programa de Ayuda con los Alimentos por unos 18 meses más si la corte así lo dictamina.

NO dé información falsa ni oculte información para obtener o continuar sus beneficios SNAP. NO intercambie o venda tarjetas EBT. NO altere las tarjetas EBT para conseguir los beneficios SNAP que no tiene derecho a recibir. NO utilice los beneficios SNAP para comprar productos no elegibles tales como alcohol o tabaco o para pagar cuentas de crédito. NO utilice los beneficios SNAP de alguien más o su tarjeta EBT para su familia.

Los individuos que la corte determine que hayan cometido las siguientes violaciones al programa estarán sujetos a las siguientes sanciones:

- Si usted ha utilizado o recibido beneficios en una transacción que involucre la venta de una sustancia regulada, no será más considerado candidato elegible para recibir los beneficios SNAP por un período de dos años por primera ofensa y de manera permanente hasta la segunda ofensa.
- Si usted utiliza o recibe beneficios en una transacción que involucre la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será considerado candidato no elegible de manera permanente y no podrá recibir los beneficios SNAP en la primera ocasión de tal violación.
- Si lo encuentran culpable de haber traficado beneficios por un importe agregado de \$500 o más, será considerado candidato no elegible de manera permanente y no podrá recibir los beneficios SNAP en la primera ocasión de tal violación.
- Si lo encuentran culpable de haber cometido una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad o el lugar de residencia con el objetivo de recibir los beneficios múltiples de SNAP de manera simultánea, no será considerado candidato elegible para participar en el programa por un período de 10 años.
- Si huye para evitar el juicio, la custodia o el confinamiento luego de ser condenado por un delito o por el intento de cometer un delito, lo cual es un delito grave, o por el contrario viola su libertad condicional bajo una ley federal o estatal, no será considerado candidato elegible para recibir la asistencia alimentaria.
- Si es condenado por utilizar o recibir los beneficios de asistencia alimentaria en una transacción que involucre la venta de sustancias reguladas, será considerado candidato no elegible durante un período de 24 meses por la primera violación y de manera permanente por la segunda violación.
- Si se le declara culpable de un delito federal o estatal que tiene como elemento la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada, puede no ser elegible para recibir asistencia alimentaria.

Certifico, bajo pena de falso testimonio, que mis respuestas a todas las preguntas sobre cada uno de los integrantes de mi hogar, incluso sobre la condición de ciudadano o extranjero, son correctas y completas.

Firma o marca (X) del integrante del hogar: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo (en caso de marca): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## NO ELIMINAR ESTA PÁGINA. Esta página debe devolverse con las páginas 1 y 2.

Para conseguir la dirección o el número de teléfono de la oficina de su localidad, llame a la línea sin costo 1-833-822-2202 o visite el sitio de internet [www.dhr.alabama.gov](http://www.dhr.alabama.gov).

## Formulario de consentimiento para el programa de empleo y capacitación (E&T) y el programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP) de Alabama

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_ (    ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta que este programa puede reembolsarlo por su participación.*

1. ¿Actualmente recibe beneficios del SNAP? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si es así, indique lo siguiente:

2. Número de caso de 9 dígitos \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para la recopilación y intercambio de información y datos confidenciales sobre mi persona entre el DHR y los socios del programa de E&T para planificar, prestar y coordinar servicios, pagos y beneficios y para la recopilación de datos de participación y resultados con fines estatales y federales y otros fines autorizados por la ley. Además, otorgo permiso al DHR y a sus socios para que usen mi información y datos confidenciales y para que los divulguen entre sí para los fines mencionados. La información se puede compartir de forma verbal o por transferencia electrónica, por correo o por entrega personal. Todos los socios y las partes involucradas tienen la obligación de proteger toda la información o datos que sean recopilados y presentados.

**Autorizo y doy mi consentimiento para que se recopilen y se compartan todos mis expedientes, datos o información.**

Este consentimiento tiene validez por 2 años, independientemente de mi participación en el programa de E&T del DHR. Las copias de este formulario son válidas para dar mi permiso para compartir mis expedientes.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo (si firma con una x) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# State of Alabama Agency-Based Voter Registration Form

NVRA-1B-H  
2022.12.20

FOR USE BY U.S. CITIZENS ONLY ♦ FILL IN ALL BOXES ON THIS FORM ♦ PLEASE USE INK ♦ PRINT LEGIBLY

To register to vote in the State of Alabama, you must:

- ▶ Be a citizen of the United States.
- ▶ Live in Alabama.
- ▶ Be at least 18 years of age on or before election day.
- ▶ Not have been convicted of a disqualifying felony, or if you have been convicted, you must have had your civil rights restored.
- ▶ Not have been declared "mentally incompetent" by a court.

## FOR USE BY AGENCY OFFICIAL ONLY

Check one (1) box:

- Registrars
- Motor Voter
- State Designated Agency
- Agency-Based
- Disabilities Services Office

Signature of Agency Representative \_\_\_\_\_

Business Phone of Agency Representative \_\_\_\_\_

**ID requested:** You may send with this application a copy of valid photo identification. You will be required to present valid photo identification when you vote at your polling place or by absentee ballot, unless exempted by law. For more information, go to [www.alabamavotes.gov](http://www.alabamavotes.gov) or call the Elections Division: 800-274-8683.

**1 Are you a citizen of the United States of America?**  Yes  No **ATTENTION! If you answer "No" to either of these questions, do not complete this application.**

**2 Will you be 18 years of age on or before election day?**  Yes  No

**3 Print Your Name:**  
First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_ Suffix \_\_\_\_\_

Alabama Driver's License or Non-Driver ID Number:      
STATE NUMBER

**4 Print Maiden Name / Former Name (if reporting a change of name)**  
First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_ Suffix \_\_\_\_\_

**IF YOU HAVE NO ALABAMA DRIVER'S LICENSE OR ALABAMA NON-DRIVER ID NUMBER**  
Last four digits of Social Security number:

**5 Date of Birth (mm/dd/yyyy)** **6 Primary Telephone** **7 Email Address**  
( ) \_\_\_\_\_

I do not have an Alabama driver's license or Alabama non-driver ID or a social security number.

**8 Addresses**

<b>Current</b>	<b>Address where you live:</b> (Do not use post office box)	Home Address (include apartment or other unit number if applicable)	City	State	ZIP	
	<b>Address where you receive your mail:</b>	Mailing Address, if different from Home Address	City	State	ZIP	
	<b>Old</b>	<b>Address where you were last registered to vote:</b> (Do not use post office box)	Former Address	City	County	State

**9 Sex (check one)**  
 Female  Male

**11 Place of Birth** City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_

**10 Race (check one)**  
 White  Black  
 Asian  American Indian  
 Hispanic  Other

**12 Map / Diagram**  
If your home has no street number or name, please draw a map of where your house is located. Please include roads and landmarks.

**13 Did you receive assistance?**  
If you are unable to sign your name, who helped you fill out this application? Give name, address, and phone number (phone number is optional).

**REGISTRARS USE ONLY**

DATE  APPROVED  DENIED  
\_\_\_\_\_  
(mm/dd/yyyy)

County Pct \_\_\_\_\_  
City Pct \_\_\_\_\_

Board member \_\_\_\_\_  
Board member \_\_\_\_\_  
Board member \_\_\_\_\_

**Voter Declaration - Read and Sign Under Penalty of Perjury**

<ul style="list-style-type: none"><li>▶ I am a U.S. citizen</li><li>▶ I live in the State of Alabama</li><li>▶ I will be at least 18 years of age on or before election day</li><li>▶ I am not barred from voting by reason of a disqualifying felony conviction (The list of disqualifying felonies is available on the Secretary of State's web site at: <a href="http://sos.alabama.gov/mtfelonies">sos.alabama.gov/mtfelonies</a>)</li><li>▶ I have not been judged "mentally incompetent" in a court of law</li></ul>	<p>I solemnly swear or affirm to support and defend the constitution of the United States and the State of Alabama and further disavow any belief or affiliation with any group which advocates the overthrow of the governments of the United States or the State of Alabama by unlawful means and that the information contained herein is true, so help me God.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>OPTIONAL:</b> Because of a sincerely held belief, I decline to include the final four words of the oath above.</p>
--	--

**YOUR SIGNATURE** \_\_\_\_\_ **DATE** (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

If you falsely sign this statement, you can be convicted and imprisoned for up to five years.

The decision to register to vote is yours. If you decide to register to vote, the office at which you are submitting this application will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you decline to register to vote, your decision will remain confidential and will be used only for voter registration purposes.



## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ASISTENCIA ALIMENTARIA

Usted tiene derecho a que su solicitud se tramite en un plazo de treinta días, independientemente de su raza, sexo, religión, origen nacional, edad, discapacidad o creencia política. Tiene derecho a saber por qué se niega su solicitud o por qué se reducen o terminan sus beneficios. Tiene el derecho de solicitar una conferencia o una audiencia justa ya sea oralmente o por escrito si no está satisfecho con alguna decisión del departamento del condado. Tiene derecho a ser representado por cualquier persona que usted elija. Tiene derecho a examinar el expediente de su caso de ayuda alimentaria en relación con cualquier audiencia que pueda tener.

Tiene derecho a la **confidencialidad**. El uso o divulgación de información se hará solo para ciertos propósitos limitados, permitidos por las leyes y regulaciones estatales y federales. La información también puede ser revelada a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas que huyen para evadir la ley.

La información proporcionada en relación con esta solicitud estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si dicha información es verdadera. Si se descubre que la información es falsa o incorrecta, los beneficios de asistencia alimentaria pueden ser negados al solicitante y este puede estar sujeto a un **proceso penal por proporcionar información incorrecta a sabiendas**. Cualquier persona autorizada para actuar en nombre del núcleo familiar puede ser excluida de la participación como representante hasta por un año o puede estar sujeta a multas o procesamiento si infringe cualquier regla a propósito.

Si surge un reclamo de asistencia alimentaria contra su familia, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de seguro social, puede ser referida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobranza, para proceder a la acción de recolección de la deuda.

**NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:** La recopilación de un Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) para cada miembro del hogar está autorizada conforme a la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, según enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036, para determinar la elegibilidad para asistencia alimentaria. El Número de Seguro Social se usará en la administración del Programa de Asistencia Alimentaria para verificar la identidad de los miembros de la familia para evitar la duplicación de la participación y para facilitar la realización de cambios. Su SSN también se usará para hacer comparaciones por computadora y revisiones del programa o auditorías para asegurarse de que su hogar es elegible para recibir asistencia alimentaria. Esto puede resultar en reclamos criminales o civiles administrativos contra personas que participan fraudulentamente en el Programa de Asistencia Alimentaria. **Proporcionar un SSN para cada miembro de la familia es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar un SSN para cada miembro de la familia resultará en la descalificación de ese miembro. Usted todavía tendrá que dar información, como los ingresos, de este miembro.**

**VERIFICACIÓN:** Para determinar la elegibilidad, es posible que tenga que proporcionar documentos para probar lo que ha declarado en la solicitud. Si no puede proporcionar pruebas, **puede solicitar ayuda a su trabajador**. La información dada en esta solicitud será verificada usando el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad del Estado, otros sistemas de comparación por computadora, revisiones de programas y auditorías. Esto incluye información como el recibo de beneficios del Seguro Social, beneficios de desempleo, ingresos no devengados, como intereses y dividendos; y salarios de empleo. Cuando se encuentran discrepancias, la verificación de esta información puede obtenerse a través del contacto con terceros, como empleadores, representantes de reclamaciones o instituciones financieras. Esta información puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios. Además, cualquier información dada también puede ser verificada por otros Programas de Ayuda Federal y Programas Estatales Apoyados Federalmente tales como almuerzos escolares, Asistencia Familiar y Medicaid. **Si usted da información falsa a propósito, se pueden tomar acciones legales o administrativas en su contra. Es posible que tenga que pagar los beneficios de asistencia alimentaria que recibe a los cuales no tiene derecho.**

A algunos miembros de la familia ancianos o discapacitados se les permiten ciertos gastos médicos como una deducción si estos gastos son reportados y se nos proporciona una prueba del gasto. Los gastos médicos permitidos incluyen gastos como los siguientes: medicamentos recetados, facturas de hospitales y de asilos, visitas al médico, dentista u otras visitas a profesionales de la salud, medicamentos de venta libre recetados por un médico, prima de Medicare, prima de seguro de hospital, seguro para la cobertura de medicamentos recetados, gastos de transporte para viajar a médicos, hospitales, farmacias, tales como la cantidad cobrada por el transporte o por el número de millas recorridas en su vehículo personal, aparatos o equipos médicos tales como audífonos, sillas de ruedas, extremidades artificiales, anteojos, lentes de contacto, prótesis dentales, etc., servicios de asistentes de cuidado o de ama de casa, gastos de animales de servicio tales como comida para animales y atención veterinaria.

**CIUDADANÍA Y SITUACIÓN MIGRATORIA:** La información de ciudadanía/migratoria se utiliza para determinar la elegibilidad para recibir asistencia alimentaria. Solo los ciudadanos estadounidenses y los inmigrantes elegibles pueden participar en el Programa de Asistencia Alimentaria. Cualquier miembro de la familia que no sea ciudadano o residente permanente puede ser excluido de la asistencia alimentaria. **Proporcionar información de ciudadanía/migratoria es voluntario. El no proporcionar esta información para cada miembro de la familia resultará en la descalificación de ese miembro. Usted todavía tendrá que dar información, como los ingresos, de este miembro.** La División de Asistencia Alimenticia verificará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (U. S. Citizenship and Immigration Service, USCIS) todos los no ciudadanos que usted está solicitando para obtener beneficios de asistencia alimenticia. No revisaremos a los no ciudadanos que usted elija no incluir en su núcleo familiar de asistencia alimentaria.

Usted no será elegible para los beneficios si se niega a cooperar para completar el proceso de solicitud o en revisiones subsiguientes de elegibilidad, incluyendo revisiones que resulten de cambios reportados, recertificación o como parte de una Revisión de Control de Calidad Estatal o Federal.

Su firma en la solicitud servirá como autorización para que los Revisores de Control de Calidad Estatales y Federales verifiquen las circunstancias de su hogar para fines de elegibilidad de asistencia alimentaria.

Usted o cualquier miembro de su núcleo familiar puede ser descalificado para recibir beneficios si usted o el miembro renuncia voluntariamente a un trabajo o reduce el número de horas trabajadas sin causa justificada.

Su familia no recibirá un aumento en los beneficios de asistencia alimentaria si alguien en la familia no cumple con los requisitos de otro programa basado en los ingresos (comprobado en cuanto a los recursos), como el de Asistencia Familiar.

Usted no debe usar los beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas o tabaco, ni para pagar en cuentas de crédito.