TEXAS Health and Human Services

Formulario H1840-S
Abril de 2015-E

Renovación de beneficios de comida del Programa SNAP

Llene este formulario. Luego envíelo por correo en el sobre prepagado. Si necesita ayuda para llenar el formulario o tiene preguntas, llame gratis al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2).

Contacto principal (jefe del hogar)

Nombre (primero, segundo, apellido)				Número de caso
Dirección (calle y número de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa)				
Número de teléfono (no deje en blanco) ( ) ☐ Casa ☐ Teléfono de otra persona para dejar un mensaje				Mejor hora para llamar

Si tenemos que hablar con usted por teléfono, ¿necesitará un intérprete? Podemos conseguir un intérprete sin costo alguno para usted.

☐ Sí ☐ No Si contesta "Sí", ¿qué idioma?

Personas que solicitan beneficios, viven en su casa, ayudan con su caso

1. Díganos sobre todas las personas que solicitan beneficios. (Si necesita más espacio, añada otra hoja.)

Nombre (primero, segundo, apellido)	¿Qué relación tiene esta persona con el contacto principal?	Fecha de nacimiento	Género (opcional)	Raza (opcional)	¿Ciudadano de EE.UU?		¿Es inmigrante legal?		¿Estudia en la escuela?		Número de Seguro Social
					Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Contacto principal	Yo mismo				☐	☐	☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	

2. Díganos sobre las personas que no solicitan beneficios, pero que viven en su casa. (Si necesita más espacio, añada otra hoja.)

Nombre (primero, segundo, apellido)	¿Qué relación tiene esta persona con el contacto principal?

3. ¿Hay alguna persona de la pregunta 2 que compra y cocina sus comidas por separado de las personas de la pregunta 1? ☐ Sí ☐ No
(Conteste "Sí" si no lo hace ahora, pero piensa hacerlo en el futuro cercano.)

4. Si quiere, puede darle a alguien el derecho de actuar por usted (un representante autorizado).

Esta persona puede:

- Dar y obtener datos sobre esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria durante el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para inscribirse en Medicaid o CHIP. Esto incluye escoger un plan médico.
- Tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar beneficios.

Solo puede tener un representante autorizado para todos sus beneficios de la HHSC. Si quiere cambiar su representante autorizado: (1) entre a su cuenta de YourTexasBenefits.com para avisar sobre el cambio, o (2) llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, envíenos prueba de esto con la solicitud. Además, al final de este formulario, esa persona tendrá que firmar donde dice "Firma de la persona que ayuda con este caso (representante autorizado)".

¿Quiere darle a alguien el derecho de actuar por usted — de ser su representante autorizado? ..... ☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono

FOR AGENCY USE ONLY/SOLO PARA USO DE LA AGENCIA

Status	App/Case No.	Received in Wrong Office	Mail Code	Date Received	Data Broker	Screened By:
☐ App ☐ Recert					☐ Y ☐ N	

5. Cuando las personas no cumplen las reglas del programa, a veces se les "descalifica" para recibir beneficios. A las personas descalificadas se les avisa por carta que no pueden recibir ayuda de dinero en efectivo (TANF) ni beneficios de comida (Programa SNAP). ¿Vive en esta casa alguien que está descalificado para recibir ayuda de dinero en efectivo o beneficios de comida en algún lugar de Estados Unidos?…… ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", ¿quién?

Nombre	¿De cuál estado?	Fecha de inicio	Fecha de terminación

6. Ha sido alguien declarado culpable de un delito mayor que: (1) ocurrió después del 22 de agosto de 1996, y que (2) tenía que ver con drogas ilegales?…… ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", ¿quién? _____

7. ¿Hay alguien: (1) acusado formalmente o declarado culpable de un delito mayor y que está huyendo de la policía o (2) que violó alguna de las reglas de su libertad condicional o vigilada? …… ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", ¿quién? _____

Ingresos de la casa

8. ¿Hay alguien en su casa que recibió dinero de un entrenamiento para el trabajo o de un trabajo? …… ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", cuéntenos acerca de cada persona que recibió este tipo de dinero:

Persona que trabaja o está en entrenamiento	Dirección del empleador o del lugar de entrenamiento	Número de teléfono del empleador o lugar de entrenamiento	Cantidad de horas por semana	Frecuencia del pago: Por día	Una vez por semana	Cada dos semanas	2 veces al mes	Una vez por mes	Cantidad del pago (antes de quitar impuestos y deducciones)
				☐	☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	☐	

9. Díganos sobre el tipo de dinero que reciben todos en la casa:

Tipo de dinero	Persona que recibe el dinero	Cantidad	Frecuencia del pago
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
Seguro Social			
Pensión/compensación de veterano			
Pensión de ferrocarril			
Otras pensiones			
Intereses, alquileres, dividendos, regalías, manutención de niños			

10. ¿Hay alguien en la casa que recibe dinero en efectivo, regalos, préstamos o dinero de padres, parientes, amigos u otras personas (incluya el dinero de ser niñera o de vender latas)?…… ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", díganos: (1) tipo de dinero, (2) cantidad, (3) con qué frecuencia se paga, (4) la persona que recibe el dinero y (5) la persona que paga el dinero:

_____

_____

_____

11. ¿Hay alguien en la casa que pone dinero u otras cosas que posee en una cuenta de un Plan para Lograr la Autosuficiencia (PASS), aprobada por la Administración del Seguro Social?…… ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", envíe una prueba.

Gastos que paga

12. Díganos de las cuentas que todos pagan:

Costos			Total	Cantidad que paga	Frecuencia de las facturas
Gastos médicos: ¿Hay alguien que tiene más de $35 cada mes en gastos médicos que: (1) son para una persona con una discapacidad o mayor de 60 años, y (2) no son pagados por Medicaid, Medicare ni otros seguros? **Si contesta "Sí", envíe una prueba.**	☐ Sí	☐ No			
Renta					
¿Recibe alguien Ayuda con la vivienda?	☐ Sí	☐ No			
Pago de la hipoteca					
Impuestos sobre la propiedad					
Seguro de la casa					
Préstamos					
¿Se utilizó la casa como colateral? **Si contesta "Sí", envíe una prueba.**	☐ Sí	☐ No			
Manutención de niños que alguien paga					

☐ Gas ☐ Butano o propano ☐ Electricidad ☐ Agua y drenaje ☐ Recolección de basura

☐ Teléfono

13. ¿Hay alguna persona, organización o departamento que ayuda a alguien de este caso a pagar los costos mencionados (amigos, parientes, iglesias, etc.)?…… ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", envíe una prueba.

14. Si usted alquila su casa, ¿están incluidos en la renta los gastos de calefacción o aire acondicionado? …… ☐ Sí ☐ No

Sí contesta "Sí", vaya a la Pregunta 16.

15. ¿Cómo calienta y enfría su casa?

☐ Aire acondicionado ☐ Calentador eléctrico ☐ Calentador de gas ☐ Estufa de leña

16. Registro para votar:

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a registrarse no afectará la cantidad de asistencia que reciba de este departamento.

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud de registro para votar? …… ☐ Sí ☐ No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711. Teléfono: 1-800-252-8683.

Agency Use Only /Solo para uso de la agencia: Voter Registration Status

☐ **Already registered** ☐ **Client declined** ☐ **Agency transmitted** ☐ **Client to mail** ☐ **Mailed to client** ☐ **Other:** _____

Agency staff signature: _____

Información legal

Su derecho de recibir un trato justo:

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés “USDA”) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/es_us/sp_complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

Para obtener más información acerca de cuestiones del programa SNAP, las personas deben contactar al número de línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a State Information/Hotline Numbers (dé clic en el enlace para obtener un listado de números de línea directa por estado); lo puede encontrar en internet en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/sp-hotlines.htm.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC de Texas. Escriba a: HHSC Office of Civil Rights, 701 W. 51st St., MC W206, Austin, Texas 78751. O llame gratis al 1-888-388-6332 o al 1-877-432-7232 (TTY).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Me comprometo a dar a la HHSC cualquier información necesaria para comprobar las declaraciones sobre mi elegibilidad. Acepto que se use la información de esta solicitud para determinar mi elegibilidad y la de los otros miembros del hogar para cualquier programa administrado por la HHSC. Colaboraré del todo con el personal estatal o federal para obtener información de cualquier fuente para comprobar las declaraciones que hice. Colaboraré del todo con el personal estatal o federal al hacer una revisión de control de calidad y con el personal de la Fiscalía General.

Entiendo que la HHSC puede ajustar los beneficios de comida del Programa SNAP, sin avisarme, debido a un aumento en mis beneficios de Seguro Social o de SSI por aumento en el costo de vida.

Números de Seguro Social:

Solo necesita dar el número de Seguro Social (SSN) de las personas que solicitan beneficios. Dar información sobre el SSN o solicitar uno es voluntario; sin embargo, las personas que no dan un número de Seguro Social, o no solicitan uno, no podrán recibir beneficios. Si no tiene un número de Seguro Social, podemos ayudarle a solicitar uno si usted es ciudadano de EE.UU. o inmigrante legal. Tiene que ser ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal para recibir un SSN. Si sus hijos tienen un número de Seguro Social (SSN), puede recibir beneficios para ellos aunque usted no tenga uno. No damos los SSN al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas. Usaremos los SSN para verificar cuánto dinero recibe (ingresos), si puede recibir beneficios y la cantidad de beneficios que puede recibir. (7 C.F.R 273.6)

Declaración de entendimiento

Datos que la HHSC tiene sobre mí:

Sé que la HHSC usa los datos de las personas que solicitan beneficios para decidir: (1) quién puede recibir beneficios y (2) la cantidad de los beneficios. La HHSC compara los datos personales con la fuente federal Sistema de Verificación de Ingresos y de Elegibilidad. Si los datos no corresponden, la HHSC revisará otras fuentes (bancos, empleadores, etc.). Si la persona que solicita beneficios tiene un número de registro de inmigrante, la HHSC tiene que verificar con el sistema del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS). La HHSC no dará al USCIS los datos de nadie.

En la mayoría de los casos, puedo ver y obtener los datos que la HHSC tiene sobre mí. Esto incluye los datos que doy a la HHSC y los datos que la HHSC obtiene de otras fuentes (historial médico, antecedentes laborales, etc.). Es posible que tenga que pagar para obtener una copia de estos datos. Puedo pedir a la HHSC que corrijan cualquier información incorrecta. No tengo que pagar para corregir un error. Para pedir una copia o corregir un error, puedo llamar al 211 o a la oficina local de beneficios de la HHSC.

Decir la verdad sobre mi caso:

Sé que cualquier persona que solicita o recibe SNAP tiene que:

- Decir la verdad.
- No cambiar ni vender los beneficios del Programa SNAP, la tarjeta Lone Star ni otros artículos que permitan que alguien reciba beneficios de SNAP.
- No usar ni tener tarjetas Lone Star ni otros artículos que no le pertenecen.

Una persona que decide no decir la verdad podría:

- No recibir beneficios del Programa SNAP por un año o más.
- Perder el reembolso de impuestos.
- Ser acusado de otros delitos.
- Tener que pagar los beneficios que recibió.
- Jamás volver a recibir beneficios del Programa SNAP.

Lo mismo le podría pasar a alguien que permite que otra persona use su tarjeta Lone Star.

Cómo informar sobre cambios a mi caso:

Sé que tengo que informar sobre todos los cambios a mi caso dentro de 10 días de saber del cambio. Los cambios de los que se tiene que informar son, entre otros: (1) mi dirección, (2) dinero que recibe alguien de mi caso (ingresos), (3) costos que alguien de mi caso paga (gastos), (4) cosas que alguien de mi caso está pagando o de los que es dueño (recursos) y (5) personas que viven en la casa.

Si recibo Seguro Social o SSI:

Sé que la cantidad de mis beneficios de comida del Programa SNAP pueden cambiar sin aviso si cambia la cantidad de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) que recibo.

Permiso para que otras personas den información a la HHSC:

Sé que la HHSC usa los datos que recibe de cualquier persona, incluso los números de Seguro Social, para:

- Verificar que alguien puede recibir beneficios.
- Comparar los datos personales de esa persona con programas de comparaciones por computadora y compañías de informes de crédito.
- Asegurar que esa persona está cumpliendo con las normas del programa de beneficios.
- Ayudar a otros departamentos a verificar si la persona puede recibir otros beneficios.
- Recuperar los beneficios que la persona no debería haber recibido.
- Dar los datos de esa persona: (1) a otros departamentos estatales y federales (por ejemplo, la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos); (2) a las autoridades policiales y judiciales para que puedan encontrar a personas que forman parte del caso de beneficios (el hogar) de esa persona y que se buscan por haber huido de la ley; y (3) a agencias de cobros federales, estatales y privadas que trabajan en cobrar el sobrepago de beneficios de comida.

(Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036).

Al firmar a continuación, acepto:

- Dejar que la HHSC y otros departamentos estatales, federales y locales revisen, compartan y obtengan los datos personales de cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- Dejar que cualquier otra persona, compañía u organización comparta con la HHSC los datos personales que tienen de cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- Que los datos que se verificarán y divulgarán incluyan cualquier información que les ayude a decidir: (1) quién puede recibir beneficios y (2) la cantidad de los beneficios.

Las respuestas que he dado en esta renovación del Programa SNAP son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender. Si mis respuestas no son verdaderas, sé que me podrían acusar de un delito.

Firma del contacto principal	Fecha	Firma del esposo(a)	Fecha

Núm. de licencia de manejar de Texas (opcional): _____

Firma del testigo (esto es necesario solo si el contacto principal firmó con una X).	Fecha	Firma de la persona que ayuda con este caso (representante autorizado)	Fecha