



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)

Para presentar su solicitud: Usted tiene el derecho de solicitar los beneficios del SNAP en cualquier momento.

Los beneficios son otorgados a partir de la fecha en que la División de Apoyo a la Familia (FSD) recibe su solicitud, la cual debe incluir su nombre, domicilio y firma. Complete las secciones 2 a 6 para ayudar a la FSD a agilizar el trámite de su solicitud.

Si fuese necesario llevar a cabo una entrevista, esta puede realizarse por teléfono. Si usted proporcionó un número de teléfono en la solicitud, el siguiente día hábil a la fecha en que se registre su solicitud, la División de Apoyo a la Familia intentará llamarlo para llevar a cabo su entrevista. Si no proporcionó ningún número de teléfono o si no puede llevar a cabo su entrevista en el momento en que llamemos, comuníquese al 855 823 4908 para llevar a cabo su entrevista o diríjase a una oficina de la FSD para llevarla a cabo lo más pronto posible. Es posible que le solicitemos pruebas de cierta información que usted le haya presentado a la FSD.

Fecha de la solicitud: De aprobarse, sus beneficios del SNAP son otorgados a partir de la fecha en que la FSD recibe su solicitud. Esta es su fecha de trámite. Si se encuentra internado en una institución y solicita beneficios del SNAP y Seguridad del Ingreso Suplementario (SSI) al mismo tiempo, su fecha de trámite es la fecha en que sea dado de alta de la institución.

Representante autorizado: Usted puede elegir a más de una persona o más de un establecimiento que se encargue de completar su solicitud o administrar sus beneficios en su nombre. A ello se le denominará representante autorizado. Si desea un representante autorizado, complete el Formulario de Representante Autorizado (IM-6AR) el cual se encuentra disponible en <https://dssmanuals.mo.gov/wp-content/uploads/2020/09/im-6ar-app.pdf> o llame a la FSD.

Medios para enviar su solicitud:

	Página web:
	mydssupload.mo.gov
	Correo postal:
	División de Apoyo a la Familia PO Box 2700 Jefferson City, MO 65102
	En persona:
	Encuentre una oficina ingresando a: dss.mo.gov/offices.htm
	Fax:
	573-526-9400

Sección 1 – Coloque sus datos

Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:		<input type="checkbox"/> No tengo hogar	
Dirección del domicilio (físico)	Calle:					Dpto./Edificio/Suite Nro.:	
	Ciudad:	Estado:		Código postal:		Condado:	
Dirección postal (si es distinta a la anterior):	Calle/PO Box:					Dpto./Edificio/Suite Nro.	
	Ciudad:	Estado:		Código postal:		Condado:	
Teléfono 1: _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro							
Teléfono 2: _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro							
Dirección de correo electrónico: _____							
¿Cuál sería la mejor manera de contactarnos con usted? <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Mensaje de texto (no disponible en ciertos lugares)							

DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES DEL ESTADO DE MISSOURI Y LOS REGLAMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS, SOLICITO MEDIANTE LA PRESENTE LOS BENEFICIOS DEL SNAP.

Su firma: _____ Fecha: _____

Sección 2 – Preguntas esenciales para agilizar el servicio

De ser elegible, usted recibirá sus beneficios en un plazo de 7 días a partir de su fecha de trámite, siempre y cuando responda "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas. De lo contrario, recibirá sus beneficios en un plazo de 30 días a partir de su fecha de trámite.

- 1 ¿En este mes, su hogar anticipa recibir menos de \$150 en ingresos y tiene \$100 o menos disponibles en efectivo o en una cuenta de banco? Sí No
- 2 ¿Este mes, los gastos de su hogar relacionados al alquiler o la hipoteca y/o los servicios públicos son superiores a su ingreso total, el dinero del que dispone en efectivo o en cuentas de banco? Sí No
- 3 ¿Algún integrante de su hogar es un trabajador agrícola, migrante o temporal, cuyos ingresos hayan cesado y cuyos recursos en efectivo y en cuentas de banco no exceden los \$100? Sí No

Contribuya a que la FSD pueda corroborar su identidad para agilizar el servicio. La FSD intentará corroborar su identidad vía electrónica. (1) Anexe a su solicitud una copia de su identificación, o (2) lleve a un amigo, familiar, su arrendador o su empleador a alguna de las oficinas de la FSD, o (3) indique una persona a quien contactemos para que nos ayude a corroborar su identidad. De ser necesario, la FSD llamará a dicha persona.

Nombre de la persona con la que podamos corroborar su identidad:	Número de teléfono:
--	---------------------

Sección 3 - Miembros del hogar

Escriba su información en la 1.ª línea. Ingrese la información de **todas** las personas que viven en su hogar, incluido su **cónyuge**, cualquier hijo menor de 22 años que esté en su hogar durante, por lo menos, la mitad (50%) del tiempo, y **cualquier individuo** que consuma la **mayoría de los alimentos** en su hogar. Incluya a todos los miembros del hogar, independientemente de su ciudadanía o situación migratoria.

La ciudadanía o situación migratoria no impide automáticamente que un solicitante reciba los beneficios del SNAP. La información racial y étnica se recopila para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color o nacionalidad. **No es necesario proporcionar dicha información, esto no afectará su elegibilidad o en la cantidad que reciba con respecto a los beneficios del SNAP.**

Usted decide si desea compartir el Número del Seguro Social (SSN) y la situación migratoria de los miembros de su hogar. Sin embargo, las personas que no indiquen su SSN o situación migratoria no recibirán los beneficios del SNAP. La situación migratoria de los miembros del hogar del solicitante posiblemente quede sujeta a verificación por parte del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS). La información que proporcione el USCIS puede afectar su elegibilidad y el nivel de sus beneficios.

	Nombre legal	Apellido	Sexo ¹	Vínculo con el solicitante	Fecha de nacimiento	SSN	¿Hispano o Latino?	Raza ²	¿Compra y cocina? ³
1.				Soy yo					S
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

¹ No es necesario para determinar la elegibilidad del SNAP

² Indique TODAS las que correspondan:
 1 - Blanco 2 - Negro/Afroamericano 3 - Indígena americano/Nativo de Alaska
 4 - Asiático 5 - Hawaiano nativo/Isleño del Pacífico

³ Colocar la "S" si compra y cocina con el miembro del hogar, y la "N" si no lo hace.

Si no tiene espacio suficiente para todos los miembros del hogar, anexe una lista adicional con su información.

1. Indique quién es inquilino en su hogar: _____

2. Indique quién es menor o adulto bajo tutela en su hogar: _____

3. Indique quién no es ciudadano estadounidense en su hogar: _____

4. ¿Necesita una nueva tarjeta EBT de Missouri? Sí No

5. ¿Su idioma de preferencia es el inglés? Sí No

Si marcó "No", ¿cuál es el idioma más hablado en su hogar? _____

Sección 4 - Declaraciones del hogar

Responda "Sí" o "No" a cada una de las preguntas de esta sección. En cada pregunta que responda "Sí", deberá colocar el nombre del miembro del hogar. Si responde "Sí" a alguna de las preguntas en esta sección, es posible que la persona a la cual aplica la respuesta "Sí" sea excluida de los beneficios del SNAP.

1. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido sentenciados por comprar o vender los beneficios del SNAP por \$500 o más, después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

2. ¿Usted o algún miembro de su hogar huyen o se ocultan de las autoridades para evitar juicio, prisión preventiva o encarcelamiento por un delito (o intento de delito) considerado grave? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

3. ¿Usted o algún miembro de su hogar infringieron su libertad condicional o libertad bajo palabra? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

4. ¿Usted o algún miembro de su hogar realizaron declaraciones fraudulentas sobre su identidad o domicilio con el fin de recibir los beneficios del SNAP en 2 o más hogares al mismo tiempo? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

5. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido sentenciados por un delito grave federal o estatal relacionado a la posesión, uso o distribución ilegales de una sustancia controlada, después del 22 de agosto de 1996? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

6. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido sentenciados por recibir de manera fraudulenta múltiples beneficios del SNAP en cualquiera de los estados, después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

7. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido sentenciados por intercambiar los beneficios del SNAP por armas, municiones o explosivos, después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

8. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido sentenciados por intercambiar los beneficios del SNAP por drogas, después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

9. ¿Algún miembro de su hogar ha sido sentenciado por uno o más de los siguientes delitos a partir del 7 de febrero de 2014? Sí No

- | | |
|---|--------------------|
| 1. Abuso sexual agravado | 2. Asesinato |
| 3. Explotación sexual y otro tipo de abuso de menores | 4. Agresión sexual |

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

Indique los delitos: _____

Sección 5 – Información del hogar

Responda las siguientes preguntas a título personal y, según sea el caso, a nombre de cada una de las personas que viven con usted (las personas que fueron indicadas en la Sección 3). En cada pregunta que responda "Sí", deberá colocar el nombre y apellido del miembro del hogar.

1. ¿Alguien ha recibido los beneficios del SNAP en un estado que no sea Missouri en los últimos 30 días? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

Estado: _____

2. ¿Alguien padece una discapacidad? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

3. ¿Alguien tiene 18 años o más y está matriculado en una escuela? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

Escuela: _____

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

Escuela: _____

Nombre		Apellido	
--------	--	----------	--

Escuela: _____

Recursos

Los recursos son cuentas de banco y otros recursos monetarios que posee de manera individual o junto con otras personas.

¿Alguna de las personas de la lista tienen o sus nombres figuran en cuentas de ahorro o corriente, tarjetas de crédito, CD, cuentas IRA u otro tipo de cuentas de jubilación, fideicomisos, acciones, bonos o cuentas de efectivo digital? Sí No

Si respondió **Sí**, a continuación, indiquen los datos de las cuentas:

	Tipo de cuenta:	Saldo/Valor en efectivo:	Nombre del banco:	¿Quién es el propietario?	
				Nombre	Apellido
1.		\$			
2.		\$			
3.		\$			
4.		\$			
5.		\$			
6.		\$			

Ingresos

Los ingresos son el dinero que le pagan, como el salario de su empleo, pagos del Seguro Social o la manutención infantil.

1. ¿Alguien percibe ingresos o dinero de un empleo? Sí No

Si respondió **Sí**, indique quién, quién es el empleador y cuál es el ingreso bruto mensual antes de impuestos o deducciones:

¿Quién percibe ingresos de un empleo?		Empleador	Monto	¿Cuál es la frecuencia con la que recibe estos ingresos?
Nombre	Apellido			
			\$	
			\$	
			\$	

2. ¿Alguien percibe ingresos o dinero que provengan de las siguientes fuentes? Sí No

Si respondió **Sí**, marque la fuente e indique quién percibe los ingresos y cuál es el monto mensual:

Fuente	¿Quién recibe estos ingresos?		Monto mensual
	Nombre	Apellido	
<input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social (para jubilación, por discapacidad o para deudos)			\$
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			\$
<input type="checkbox"/> Beneficios otorgados por la Administración de Veteranos (VA)			\$
<input type="checkbox"/> Manutención infantil			\$
<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo			\$
<input type="checkbox"/> Regalos o donaciones			\$
<input type="checkbox"/> Subvenciones, becas, préstamos estudiantiles			\$
<input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos - Indíquelas:	1.		\$
	2.		\$

3. ¿El ingreso de alguien ha sido cesado o reducido en los últimos 30 días? Sí No

Si respondió "Sí", indique quién

Nombre

Apellido

Fecha del último salario _____

Importe bruto del último salario: \$ _____

Gastos

Los gastos son las facturas que usted debe pagar.

1. ¿Paga alguien los siguientes gastos por la vivienda en la que vive?

Marque todas las opciones que correspondan:	Monto pagado al mes:	¿Quién realiza el pago?		¿Se usa para calentar o enfriar su casa?			
		Nombre:	Apellido:				
<input type="checkbox"/> Alquiler:	\$						
<input type="checkbox"/> Pago de vivienda:	\$						
<input type="checkbox"/> Electricidad:	\$					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Gas:	\$					<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro tipo de combustible:	\$			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
• Indique el combustible:							
<input type="checkbox"/> Teléfono:	\$						
<input type="checkbox"/> Basura:	\$						
<input type="checkbox"/> Agua:	\$						
<input type="checkbox"/> Alcantarillado:	\$						

2. ¿Alguien paga manutención infantil o pensión alimenticia por disposición judicial?
Si respondió Sí, indique el monto mensual total en \$ _____

Sí No

¿Quién realiza el pago?

Nombre:

Apellido:

3. ¿Alguna persona con discapacidad o de 60 años o más tiene gastos médicos tales como el pago de primas de seguros o Medicare, consultas médicas, cuidados domiciliarios, anteojos o transporte para recibir atención médica?

Sí No

Si respondió Sí, indique el monto mensual total en \$ _____

¿Quién realiza el pago?

Nombre:

Apellido:

Sección 6 - Avisos (Lea la siguiente información y firme en la página 8)

DECLARACIÓN DEL USDA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: De acuerdo con la ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que esta institución discrimine por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, convicciones políticas o en represalia o venganza por actividades de derechos civiles llevadas a cabo con anterioridad.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para obtener información del programa (ej., sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del lenguaje pueden comunicarse con el USDA por medio del Sistema de Transmisión Federal: (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia contra discriminación, se debe completar el [Formulario para Denunciar Discriminación en un Programa del USDA](#) (Formulario AD-3027), al cual se puede acceder a través del siguiente enlace: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al teléfono (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe indicar el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta infracción a los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completos deben enviarse a través de los siguientes medios:

CORREO POSTAL:

Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314

FAX:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442

CORREO ELECTRÓNICO:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Nota: No envíe ningún material relacionado a su solicitud a la dirección mencionada anteriormente. La dirección anterior es solo para hacer denuncias relacionadas con los derechos civiles.

DECLARACIÓN DEL DSS CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: El Departamento de Servicios Sociales de Missouri (DSS) está comprometido con los principios de igualdad de oportunidades en el empleo y el acceso equitativo a los servicios. Por este motivo, los solicitantes o beneficiarios de los servicios del DSS reciben un trato equitativo, independientemente de su raza, color, nacionalidad, ascendencia, sexo (incluyendo el embarazo y la identidad de género), orientación sexual, edad, discapacidad, religión o condición de veterano. En caso de ser necesario, se proporcionarán servicios adecuados de interpretación para las personas con discapacidad visual o auditiva y para las personas con barreras lingüísticas. Tan pronto como sea posible, se le debe notificar al DSS si una persona necesita ayuda o servicio adicional para la comunicación efectiva, o una modificación de las políticas o procedimientos para participar en un programa, servicio o actividad del Departamento de Servicios Sociales. Para solicitar una adaptación: diríjase a la oficina local del DSS, póngase en contacto con el DSS por teléfono, teléfono de texto: (800) 735-2966; Transmisión de Missouri 711; o póngase en contacto con el DSS, Coordinadora de ADA mediante el teléfono (800) 776-8014 o a través del siguiente correo electrónico HRC.OCR@dss.mo.gov. El DSS proporcionará las adaptaciones razonables que exija la Ley.

DERECHOS DE AUDIENCIA IMPARCIAL CON LA FSD: Usted tiene derecho a una audiencia en el caso de que haya solicitado o esté recibiendo los beneficios del SNAP y ocurra lo siguiente:

- La FSD decide que usted no cumple los requisitos para recibir los beneficios, pero usted considera lo contrario.
- La FSD le brinda los beneficios del SNAP, pero luego los reduce o suspende y usted piensa que los motivos son erróneos.
- No está de acuerdo con la información que se usó para determinar la cantidad de los beneficios o no está de acuerdo con la cantidad de los beneficios.
- La FSD se niega a recibir su solicitud.
- La FSD no actúa con prontitud ante su petición de ayuda, aunque usted considera que ha habido tiempo suficiente para actuar.

Si se rechazó su solicitud o ya se implementaron medidas en su caso, puede solicitar una audiencia en un plazo de 90 días a partir del rechazo o tras implementarse las medidas en cuestión. Si la medida propuesta cambia o suspende sus beneficios y usted solicita una audiencia en un plazo de diez días a partir de la fecha del aviso, puede continuar recibiendo los mismos beneficios hasta que se emita la decisión de la audiencia. Usted o su representante pueden solicitar una audiencia por teléfono, en persona o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del hogar o un representante, p. ej., abogado, familiar, amigo u otro portavoz.

USTED PODRÍA DEJAR DE RECIBIR LOS BENEFICIOS DEL SNAP SI REALIZA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ACCIONES:

- Vender los beneficios del SNAP por dinero en efectivo o por una retribución distinta de los alimentos permitidos, ya sea directamente, indirectamente, en complicidad o confabulación con otras personas o individualmente.
- Mentir u ocultar información con el fin de obtener los beneficios del SNAP a los que su hogar no tiene derecho.
- Utilizar los beneficios del SNAP para comprar artículos no comestibles, como alcohol o cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito.
- Usar los beneficios del SNAP para comprar un producto que tiene un envase que requiere de un depósito que será reintegrado al devolver el envase, con el fin de obtener el monto del depósito al desechar el contenido y devolver el envase.
- Usar intencionalmente los beneficios del SNAP para comprar productos que le generen dinero. Por ejemplo, no comprar alimentos para elaborar productos para revender.
- Pagar sus compras de alimentos a crédito con los beneficios del SNAP.
- Usar poseer tarjetas EBT que no son suyas.
- Intercambiar o vender tarjetas EBT u ofrecer alimentos adquiridos con los beneficios del SNAP a miembros ajenos a su hogar.

DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LAS DISPOSICIONES DE FRAUDE

Mentir para recibir beneficios del SNAP o vender o intercambiar sus beneficios del SNAP son acciones que infringen la ley. Un número excesivo de solicitudes de reemplazo de la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) puede tener como consecuencia que se le remita a una investigación por fraude. 7 USC 2015(b)(1) Si un organismo administrativo o un tribunal federal o estatal determinan que un individuo hizo deliberadamente declaraciones falsas o engañosas, o tergiversó, ocultó o negó hechos, o cometió algún acto que constituye una infracción de esta ley, las regulaciones establecidas en ella, o cualquier estatuto estatal, con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir o poseer los beneficios del SNAP, el individuo no podrá participar —tan pronto como se dicte dicha determinación— en el programa durante un período de 1 año cuando se emita dicha determinación por primera ocasión, 2 años en la segunda ocasión y permanentemente en la tercera ocasión.

- **Los solicitantes no deben infringir la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, la cual comprende lo siguiente:**
- **A todo miembro que vulnere deliberadamente cualquiera de las normas se le podría negar su participación en el programa SNAP durante un año, o incluso de forma permanente, o podría imponerle una multa de hasta \$250,000 o ser encarcelado hasta por 20 años, o ambas sanciones. También podría estar sujeto a un juicio de conformidad con otras leyes federales y estatales precedentes. También podría quedar excluido del programa SNAP durante un período adicional de 18 meses si así lo determina un tribunal.**
- **Todo miembro de su hogar que vulnere deliberadamente las normas podría ser inhabilitado para recibir beneficios del SNAP durante un año en la primera infracción, dos años en la segunda infracción y permanentemente en la tercera infracción.**
- **Si un tribunal determina que algún miembro de su hogar es culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que implica la venta de una sustancia controlada, usted será inhabilitado para recibir beneficios durante dos años en la primera infracción y permanentemente en la segunda ocasión.**
- **Si un tribunal determina que usted es culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que implica la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será inhabilitado permanentemente del programa en la primera ocasión de dicha infracción.**
- **Si se determina que usted ha hecho una afirmación o declaración fraudulenta con respecto a la identidad o el lugar de residencia para recibir de manera simultánea varios beneficios del SNAP, será inhabilitado del programa durante un periodo de 10 años.**
- **Si un tribunal determina que usted ha traficado beneficios por un monto total de \$500 o más, será inhabilitado permanentemente del programa en la primera ocasión de dicha infracción. La información que proporcione en la solicitud deberá ser comprobada por autoridades federales, estatales o locales para determinar si dicha información es veraz. Si dicha información es incorrecta, podrían negársele los beneficios del SNAP e iniciarse un proceso penal en su contra por proporcionar información incorrecta deliberadamente.**

Se solicitará y utilizará la información disponible en el Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos (IEVS) y dicha información posiblemente se corrobore por medio de contactos colaterales si el Estado halla discrepancias y que dicha información pueda repercutir en la elegibilidad y el nivel de beneficios del hogar.

La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente la Ley del SNAP), en su versión modificada, 7 U.S.C. 2011-2036, autoriza la recopilación de información en la solicitud, incluyendo el número de seguro social (SSN) de cada miembro del hogar. La información se utilizará para determinar si su hogar es elegible o sigue siendo elegible para participar en el programa SNAP. Corroboraremos dicha información por medio de programas informáticos de cotejo. Dicha información también se usará para vigilar que se cumplan las normas del programa y gestionar el mismo. Dicha información puede divulgarse a otras agencias federales y estatales para su revisión oficial, así como a funcionarios encargados de la aplicación de la ley con el fin de arrestar a prófugos de la ley. Si el SNAP presenta una demanda en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluidos los SSN, puede transferirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamos para efectuar acciones de cobro de reclamos.

De conformidad con la Sección 570.030 RSMO, el robo de beneficios de asistencia pública es un delito grave de clase "D" si el valor de los beneficios es de \$750.00 o más, pero menor de \$25,000.00. La sanción incluye prisión durante un máximo de siete años y una multa que no exceda los \$5,000.00. El robo de \$25,000.00 es un delito grave de clase "C". Si el valor de los beneficios es inferior a \$750.00, se trata de un delito menor de clase "A". Las sanciones y multas pueden ser mayores para infractores reincidentes.

De conformidad con la Sección 578.377 (570.400 a partir del 1 de enero de 2017), RSMo, recepción indebida de beneficios de asistencia pública o tarjetas EBT, usted advierte que es contra la ley obtener o intentar obtener beneficios del SNAP a los que no tiene derecho, u obtener o intentar obtener beneficios del SNAP en un monto mayor al que tiene derecho. USTED ENTIENDE QUE TODA AFIRMACIÓN O DECLARACIÓN FALSA O EL ENCUBRIMIENTO DE ALGÚN HECHO RELEVANTE, EN SU TOTALIDAD O PARCIALMENTE, EN ESTA SOLICITUD O DURANTE LA ENTREVISTA, PODRÍAN SOMETERLO A JUICIO CRIMINAL O CIVIL. Se le solicitará que participe en una entrevista en la División de Apoyo a la Familia para concluir el trámite de esta solicitud. Se le pedirá que compruebe cierto tipo de información que brinde en esta solicitud o en la entrevista. Su firma ratifica que acepta las condiciones que se definen en esta solicitud y durante la entrevista.

INSCRIPCIÓN AL TRABAJO

Entiendo y acepto que para recibir beneficios del SNAP, ciertos miembros del hogar deben registrarse para trabajar. Esto significa que ciertos miembros del hogar deben: A) Registrarse para trabajar en el momento de realizar la solicitud y en la recertificación. B) No renunciar a un empleo de 30 o más horas a la semana sin una causa justificada. C) No reducir las horas de trabajo por debajo de 30 horas a la semana sin una causa justificada. D) No rehusarse a aceptar una oferta de buena fe de un empleo apropiado sin una causa justificada. Cualquier persona que incumpla los requisitos para trabajar puede quedar inhabilitada para recibir los beneficios del SNAP. Este formulario también funciona como una notificación de inscripción al trabajo. Se asumirá que usted junto con otros miembros del hogar no exentos quedan registrados para trabajar y deben cumplir con los requisitos relacionados con la inscripción al trabajo una vez que se firme este formulario.

REQUISITO DE CAPACITACIÓN Y/O TRABAJO (ABAWD)

Los individuos que se identifiquen como Adultos sin Discapacidad y sin Dependientes (ABAWD) no pueden participar en el programa SNAP como miembros de un hogar si dichos individuos recibieron los beneficios del SNAP durante tres meses contables en un período de tres años. Los meses contables son los meses en los que un individuo recibe los beneficios del SNAP durante todo el mes de beneficios sin cumplir con el requisito de trabajar y/o asistir a capacitación durante 20 horas semanales, con un promedio mensual de por lo menos 80 horas.

Un ABAWD tiene entre 18 y 54 años de edad; no tiene hijos menores de 18 años en el hogar beneficiario del SNAP; no tiene ninguna discapacidad; no está embarazada; no es un estudiante de tiempo completo; no cuida de un miembro enfermo o persona con discapacidad en el hogar; no recibe beneficios por desempleo (en ningún estado); no es veterano; no es indigente; no ha superado la edad para abandonar el sistema de acogida, y no asiste a un programa de rehabilitación por alcoholismo o drogadicción. El plazo (tres meses) aplica únicamente a los ABAWD y estos podrían recuperar su elegibilidad si cumplen con el requisito de trabajo o capacitación durante por lo menos 80 horas en los 30 días anteriores.

LEA ESTA PÁGINA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR.

Al firmar, ratifica que comprende el contenido de esta solicitud. Certifica, bajo pena de perjurio, que toda la información que proporciona en este formulario y durante la entrevista es verdadera, precisa y completa, incluida la información concerniente a situaciones migratorias o de ciudadanía. Comprende que cualquier gasto que no dé a conocer y que no compruebe cuando se le solicite no se utilizará para determinar sus beneficios del SNAP.

Autoriza que el director de la División de Apoyo a la Familia o su representante corroboren sus circunstancias y testimonios a través de autoridades federales, estatales o locales para determinar si la información que proporcionó es verdadera.

De conformidad con la sección 578.385 (570.408, a partir del 1 de enero de 2017), RSMo, certifica, bajo pena de perjurio, que ha brindado información verdadera, precisa y completa, a su leal saber y entender, en el caso de cada miembro del hogar para quien usted tramita la solicitud, incluyendo información concerniente a ciudadanía y condición de extranjero.




Al firmar esta solicitud, en papel o digitalmente, nos otorga su permiso para realizar o disponer que se realicen llamadas telefónicas relacionadas con su caso, a través de un sistema automático, a su número principal que proporcionó en la página 1. No tiene que dar su consentimiento sobre esto como condición de elegibilidad. Si no desea que se comuniquen con usted de dicha forma, puede excluirse de estos mensajes o llamadas.

Marque aquí: excluirme de llamadas excluirme de mensajes de texto excluirme de llamadas y mensajes de texto

↓ **FIRME AQUÍ:**

Su firma:	Fecha:
Firma del testigo (firma necesaria si usted no puede escribir su nombre):	Fecha:

Puede enviar su solicitud por correo postal, fax, página web o entregarla en cualquiera de las oficinas de la FSD:

 Página web:	 Correo postal:	 Fax:	 En persona:
mydssupload.mo.gov	División de Apoyo a la Familia PO Box 2700 Jefferson City, MO 65102	573-526-9400	Encuentre una oficina ingresando a: dss.mo.gov/offices.htm

¿Necesita ayuda?

- Ingrese a <https://dss.mo.gov> para iniciar un chat, revisar la situación de sus beneficios o comunicar cambios
- Llame al 855-FSD-INFO (855-373-4636) para hablar con un miembro del equipo
- Transmisión de Missouri 711
- Los usuarios de teléfonos de texto pueden llamar al 800-735-2966

Si usted es invidente o padece una discapacidad visual y desea información acerca de servicios de rehabilitación para invidentes, llame al 800-592-6004.

No es necesario determinar un vínculo de paternidad para recibir beneficios del SNAP. Sin embargo, si requiere asistencia para identificar un vínculo de paternidad, comuníquese a la Línea para la Paternidad de la FSD, al 855-454-8037.

Si usted es un veterano en el estado de Missouri y está interesado en aprender más acerca de los beneficios y recursos disponibles para usted y sus dependientes, visite <https://mvc.dps.mo.gov/MoVeteransInformation/Survey/DSS>

O escanee el código QR.

