



## SNAP / TEA

### Solicitud de beneficios por el coronavirus

---

Doy mi consentimiento verbal y firma electrónica a la División de Operaciones del Condado del Departamento de Servicios Humanos de Arkansas para que llene y presente una solicitud de beneficios en mi nombre. Doy fe y declaro, bajo pena de perjurio, a mi leal saber y entender, que la información presentada es correcta y que la(s) persona(s) para la(s) que solicito los beneficios es (son) ciudadano(s) estadounidense(s) o se encuentra(n) legalmente en los Estados Unidos. Entiendo y acepto que el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que suministro en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores anteriores o actuales. Entiendo que mi información se utilizará para averiguar mi salario y participación en actividades laborales. Este consentimiento verbal se da en respuesta a la pandemia de la COVID-19 de 2020, conforme a las recomendaciones de los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) para evitar el contacto cercano con otras personas en mi comunidad.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_

El cliente otorga su consentimiento verbal:  SÍ  NO

Nombre del personal del DHS: \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_



## SNAP / TEA

### Solicitud de beneficios por el

**Qué solicito: (marque todo lo que corresponda)**

**Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP)**

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) proporciona beneficios mensuales a los hogares de bajos ingresos para ayudarlos a pagar el costo de los alimentos.

El programa también proporciona educación nutricional y ayuda a los hogares elegibles a satisfacer sus necesidades alimentarias y nutricionales.

**Asistencia Transitoria de Empleo (TEA)**

La Asistencia Transitoria de Empleo (Transitional Employment Assistance, TEA) proporciona pagos mensuales temporales en efectivo, pagos únicos en efectivo u otros servicios de apoyo, para fortalecer a las familias con hijos que reúnan los requisitos. Si usted es el padre, la madre o el cuidador del niño que quiere que se incluya en la subvención, le pediremos que participe en un programa de trabajo.

**Proporcione información sobre el solicitante**

¿El solicitante o la persona que presenta la solicitud en su nombre necesita asistencia para comunicarse con nosotros? En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda.

Si no se habla inglés, ¿qué idioma habla en casa? \_\_\_\_\_

( ) TTY ( ) Letra grande ( ) Correo electrónico ( ) Intérprete de lenguaje de señas

( ) Intérprete de idiomas extranjeros (especifique el idioma) \_\_\_\_\_ ( ) Otro \_\_\_\_\_

**Rellene el siguiente recuadro sobre el solicitante.**

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Domicilio		Apto.	
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono principal	Otro número de contacto	Dirección de correo electrónico (opcional)	



## SNAP / TEA

### Solicitud de beneficios por el

---

#### ¿Puedo pedirle a alguien que solicite el SNAP por mí?

Complete esta sección solo si quiere que alguien llene su solicitud, haga su entrevista y use su tarjeta EBT para comprar comida cuando usted no pueda hacerlo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_



## SNAP / TEA Solicitud de beneficios por el

### ¿Califico para obtener de la manera más rápida los beneficios del SNAP?

Responda estas preguntas sobre el solicitante y todos los integrantes del núcleo familiar para saber si puede obtener el SNAP dentro de 7 días.

1. ¿Sus ingresos se han reducido o terminado debido a la emergencia de salud pública?  Sí  No
2. ¿Es usted, o algún integrante del núcleo familiar, emigrante o trabajador agrícola estacional?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_
3. Total de **ingresos brutos devengados** que recibirá este mes: \$ \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio del empleo \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del empleo \_\_\_\_\_  
Tarifa de pago \_\_\_\_\_ Horas trabajadas a la semana \_\_\_\_\_  
semanal/cada dos semanas/dos veces al mes/mensual/anual (marque una con un círculo)
4. Total de **ingresos brutos devengados** que recibirá este mes: \$ \_\_\_\_\_  
Tipo de ingresos no devengados \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_  
semanal/cada dos semanas/dos veces al mes/mensual/anual (marque una con un círculo)  
Tipo de ingresos no devengados \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_  
semanal/cada dos semanas/dos veces al mes/mensual/anual (marque una con un círculo)
5. Total de ingresos devengados y no devengados de este mes: \$ \_\_\_\_\_
6. ¿Cuánto dinero en efectivo o en el banco tienen usted y todos los integrantes del núcleo familiar? \$ \_\_\_\_\_
7. ¿Cuál es el monto mensual de su alquiler, hipoteca, impuestos a la propiedad o seguro de vivienda? \$ \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es el monto total de su cuenta de electricidad, agua, gas y de otros servicios públicos este mes? \$ \_\_\_\_\_  
(excluya los montos vencidos y atrasados)



## SNAP / TEA

### Solicitud de beneficios por el

#### Proporcione información sobre el solicitante y todos los integrantes del núcleo familiar

Rellene el siguiente recuadro sobre el **solicitante y todos los integrantes del núcleo familiar**. Las siguientes leyes y reglamentos federales: Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 (The Food and Nutrition Act of 2008), Título 7 del Código de Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), § 2011-2036, Título 7 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.) § 273,2, Título 45 del C.F.R. § 205,52, Título 42 del C.F.R. § 435,910, y 42

C.F.R. § 435.920, autorizan a la División de Servicios para Familias y Niños (Division of Families and Children Services, DFCS) a solicitarle a usted y a los integrantes de su núcleo familiar su(s) número(s) de seguro social. Cualquier persona que viva en su hogar y no solicite beneficios puede ser tratada como **no solicitante**. Los no solicitantes no tienen que suministrarnos información sobre su número de seguro social, ciudadanía o estado de inmigración y no optan a recibir los beneficios. Otros integrantes del núcleo familiar pueden seguir recibiendo los beneficios, si cumplen con los requisitos necesarios. Si quiere que decidamos si alguno de los integrantes de su núcleo familiar califica para recibir los beneficios, deberá informarnos sobre su ciudadanía o estado de inmigración y suministrarnos su número de seguro social (Social Security Number, SSN). Aún deberá informarnos sobre **sus** ingresos y recursos para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios en el núcleo familiar. No denunciaremos a ningún integrante del núcleo familiar que sea no solicitante ante el sistema de Verificación Sistemática de Derechos de los Extranjeros (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) si no nos dan a conocer su ciudadanía o estado de inmigración. Sin embargo, si se ha proporcionado información sobre el estado de inmigración en su solicitud, esta información puede ser objeto de verificación a través del sistema SAVE y afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios en el núcleo familiar. Compararemos su información con la de otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Esta información también puede suministrarse a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para que la utilicen para atrapar a los evadidos. Si su hogar ha presentado un reclamo al SNAP, la información de esta solicitud, incluido el SSN, puede ser entregada a las agencias federales y estatales y a las agencias privadas de cobranza para que la utilicen en el cobro del reclamo. No negaremos los beneficios a los integrantes de núcleo familiar que soliciten la ayuda porque otros integrantes no provean su SSN, ciudadanía o estado de inmigración.

Nombre  Nombre Inicial del segundo nombre Apellido	Parentesco con usted	¿Esta persona solicita beneficios?  (S/N)	Fecha de nacimiento  Formato (dd/mm/aaaa)	Número de Seguro Social  <b>Solo para solicitantes</b>	Sexo  (M/F)	¿Usted es ciudadano estadounidense, extranjero calificado o inmigrante? <b>Solo para solicitantes</b> (S/N)
	YO MISMO					

**Raza** (elija todas las que correspondan):

- Indio americano/nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/africano
- Nativo americano de Hawái/isleño del Pacífico
- Blanco
- Otro

Al proporcionar información sobre la raza/etnia, nos ayudará a gestionar nuestros programas de forma no discriminatoria. Su familia no está obligada a darnos esta información y no afectará su elegibilidad ni el nivel de beneficios.

**Comentarios adicionales o información sobre el núcleo familiar:**



## SNAP / TEA Solicitud de beneficios por el

### Proporcione más información sobre el solicitante y todos los integrantes del núcleo familiar

Necesitamos más información sobre el solicitante y todos los integrantes del núcleo familiar para decidir quién opta a recibir los beneficios. En la página siguiente, responda solamente a las preguntas sobre los beneficios que desee recibir.

1. ¿Alguien ha recibido algún beneficio en otro estado? En caso  Sí  No

afirmativo: ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien en su casa ha vendido o regalado algún recurso en los últimos 3 meses (SNAP)?  Sí  No

Si es afirmativo:

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

3. ¿Alguien de su núcleo familiar renunció voluntariamente a un trabajo o redujo voluntariamente sus horas de trabajo  Sí  No

No por debajo de las 30 horas semanales, en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la solicitud? (solo para SNAP y TEA)

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Por qué renunció? \_\_\_\_\_

4. ¿Alguien está inhabilitado del SNAP o de la TEA?  Sí  No

En caso afirmativo:

a. ¿Quién? \_\_\_\_\_

b. ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

5. ¿Alguien está en la cárcel o en prisión? En caso afirmativo:  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Fecha prevista de salida? \_\_\_\_\_

6. ¿Alguien recibe actualmente la TEA? (Solo para la TEA) En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_  Sí  No



## SNAP / TEA

### Solicitud de beneficios por el

**Proporcione información sobre los ingresos del solicitante y de todos los integrantes del núcleo familiar.**

¿Recibe, usted o alguna persona para la que solicita ayuda, algún tipo de ingreso como: salario, propinas, bonos, trabajo por cuenta propia, Seguro Social/jubilación del Ferrocarril, otra discapacidad, ingresos de la Administración de Veteranos, pensiones, desempleo, manutención infantil, pensión alimenticia, dinero de otras personas, compensación laboral, pagos de anualidades, dinero de fideicomisos, pagos por arrendamiento de minerales/petróleo/gas u otros ingresos?

Nombre del integrante del núcleo familiar que percibe ingresos	Tipo de ingreso	Nombre del empleador /Fuente de ingresos	Monto mensual (antes de las deducciones)	Con qué frecuencia se recibe (mensual, quincenal, semanal)	Pago por hora	Horas a la semana	FECHAS DE PAGO

**Proporcione información sobre los gastos del solicitante y de todos los integrantes del núcleo familiar.**

¿Paga por el cuidado de un hijo dependiente o por un pariente adulto discapacitado? Sí  No  En caso afirmativo, rellene el recuadro siguiente.

Persona que requiere atención	Persona que paga por la atención	Motivo de la atención	Nombre y número del proveedor	Monto pagado al proveedor	Con qué frecuencia se paga

¿Alguien mayor de 60 años o discapacitado tiene gastos médicos? Sí  No  En caso afirmativo, rellene el siguiente recuadro.

Integrante del núcleo familiar que tiene gastos	Tipo de gastos (consultas médicas, visitas al hospital, recetas, Medicare o las primas del seguro médico, lentes)	Monto adeudado	¿Todavía se adeuda? Sí/No	Fecha de pago	¿El seguro pagará? Sí/No

¿Alguien mayor de 60 años o discapacitado tiene gastos médicos por concepto de transporte? Sí  No

En caso afirmativo, rellene el siguiente recuadro.

Propósito del viaje (consulta médica o visita al hospital; retiro en la farmacia)	Total de millas recorridas:	Costo del taxi, autobús, estacionamiento o alojamiento:



## SNAP / TEA Solicitud de beneficios por el

**Proporcione más información sobre los gastos del solicitante y de todos los integrantes del núcleo familiar**

¿Algún integrante del núcleo familiar paga manutención infantil a alguien que vive fuera del hogar?      Sí  No  En caso afirmativo, rellene el siguiente recuadro

Integrante del núcleo familiar con obligación de pagar	Nombre del niño por el que se paga la manutención	Monto obligatorio o a pagar	Monto real pagado	¿A quién se le paga la manutención infantil?

¿Tiene usted o algún integrante del núcleo familiar gastos de alojamiento? Sí  No   
En caso afirmativo, rellene el siguiente recuadro.

Gasto	Monto	¿Con qué frecuencia?	¿Quién pagó?
Alquiler/hipoteca			
Impuestos sobre la propiedad			
Seguro de la propiedad			
Electricidad			
Gas			
Aseo			
Teléfono			
Otro			

¿Comparte los gastos mensuales del hogar con algún otro integrante del núcleo familiar? Sí  No   
En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

Comentarios/Documentación \_\_\_\_\_

Pagado a quién \_\_\_\_\_ monto pagado \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Nombre del arrendador \_\_\_\_\_

Dirección del arrendador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Alguien más paga por usted alguna de estas facturas del hogar? Sí  No  **En caso afirmativo, rellene el siguiente recuadro:**

¿Quién paga la factura?	¿Cuáles facturas paga?
¿Cuál fue el monto pagado?	¿Esta persona a quién le hace el pago de las facturas?

**Proporcione más información sobre los recursos del solicitante y de todos los integrantes del núcleo familiar**

**Recursos:** marque todos los recursos (activos) que sean de su propiedad, de su cónyuge, de sus dependientes o que sean de propiedad conjunta. Adjunte páginas, si es necesario.

Cuentas corrientes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Planes funerarios/entierro prepagado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cuentas de ahorro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Parcelas o contratos de entierro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Bonos del gobierno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Acciones y bonos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fondos fiduciarios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pagarés	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seguro de vida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cuenta del fondo del paciente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A anualidades	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Renta por minerales/petróleo/gas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			Otro (cuenta personal de jubilación (Individual Retirement Account, IRA), certificado de depósito (Certificate of Deposit, CD), etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Propiedad inmobiliaria/propiedad patrimonial				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si ha respondido afirmativamente a alguna de estas preguntas, detállelas a continuación.

Tipo de recurso	Número de cuenta/póliza	Valor	Nombre del banco, compañía de seguros, etc.

¿Alguien en el hogar es dueño de un vehículo? Si es así, detállelo a continuación.  Sí  No

Marca del vehículo	Modelo	Año	Monto adeudado

**La ley federal exige que cada estado brinde la oportunidad de inscribirse para votar en cada solicitud de asistencia pública. Responda la siguiente pregunta sobre el registro electoral:**

- ¿Quiere inscribirse para votar o cambiar su dirección en el registro electoral?  Sí  No

**En caso afirmativo, vaya a la página web de: <https://www.sos.arkansas.gov/> regístrese o le enviaremos una solicitud por correo.**



### Sanciones del SNAP

Puede perder sus beneficios o ser objeto de un proceso penal por proporcionar intencionalmente información falsa.

- No suministre información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.
- No use las tarjetas del SNAP o EBT de otra persona y no deje que otra persona use las suyas.
- No utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos no alimenticios como alcohol o cigarrillos o para pagar las tarjetas de crédito.
- No cambie ni venda las tarjetas del SNAP o EBT por artículos ilegales como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

**Cualquier integrante del núcleo familiar que infrinja, intencionalmente, cualquiera de las reglas del SNAP podrá suspenderse por un año o permanentemente, pagar una multa de hasta \$250,000, ir a prisión por hasta 20 años o ambas cosas. También puede ser objeto de enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables. Además, puede suspenderse del programa SNAP por otros 18 meses si el tribunal lo ordena.**

**Cualquier integrante del núcleo familiar que infrinja las reglas intencionalmente no podrá recibir los beneficios de SNAP por un año en la primera infracción, dos años en la segunda, y en la tercera, quedará excluido permanentemente.**

**Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier integrante del núcleo familiar culpable de usar o recibir beneficios del SNAP en una transacción que involucre la venta de una sustancia controlada, no optará a recibir los beneficios por dos años si es la primera infracción, y si es la segunda infracción, entonces quedará excluido permanentemente.**

**Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier integrante del núcleo familiar culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucre la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, perderá permanentemente el derecho a participar en el SNAP con la primera infracción.**

**Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier integrante del núcleo familiar culpable de haber traficado con beneficios por un monto global de \$500 o más, perderá permanentemente el derecho a participar en el SNAP con la primera infracción.**

**Si se descubre que usted o cualquier integrante del núcleo familiar ha dado una declaración o manifestación fraudulenta con respecto a la identidad (quiénes son) o el lugar de residencia (dónde viven) para recibir múltiples beneficios del SNAP, no tendrá derecho a participar en el SNAP por un período de 10 años.**

### Sanciones del programa de TEA

Dentro del marco de la TEA, la violación intencional del programa (Intentional Program Violation, IPV) es la acción deliberada de una persona para establecer o mantener la elegibilidad de una unidad de asistencia (AU), o para aumentar o prevenir la disminución de los beneficios de la AU, mediante información falsa o engañosa o al omitir información.

- Cualquier integrante del núcleo familiar que oculte información y no informe a tiempo acerca de los cambios o no diga la verdad perderá los beneficios del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families program, TANF) por seis meses en la primera infracción, doce meses en la segunda y en la tercera, quedará excluido permanentemente. El uso indebido de los fondos de asistencia en efectivo o de la tarjeta de débito TEA para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, licorerías, centros de entretenimiento para adultos, clubs de desnudistas, salas de póquer, fianzas, clubes nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas y municiones, cruceros, psíquicos, tiendas de fumadores, tiendas de tatuajes y piercing, y salones de spa y masajes está estrictamente prohibido y causará la pérdida de los beneficios de la TEA por seis meses en la primera infracción, doce meses en la segunda y en la tercera, quedará excluido permanentemente.
- Si un tribunal de justicia encuentra que usted o un integrante del núcleo familiar oculta información, no informa los cambios a tiempo o no dice la verdad y es condenado, no podrá obtener la TEA durante 12 meses en la primera infracción y en la segunda, quedará excluido permanentemente.
- Si un tribunal de justicia lo halla a usted o a cualquier integrante del núcleo familiar culpable de suministrar información falsa sobre su lugar de residencia para poder recibir los beneficios en más de un estado, se le prohibirá el derecho a recibirlos durante 10 años.



## SNAP / TEA Solicitud de beneficios por el

---

- Si un tribunal lo condenó a usted o a un integrante del núcleo familiar por un cargo relacionado con drogas o por un delito de violencia grave, en o después del 1° de enero de 1997, no será elegible y quedará inhabilitado permanentemente.