

FOR OFFICE USE ONLY:

CASE NUMBER: _____ DATE RECEIVED: _____
Appointment Date: _____ Time: _____ 303B: Initials: _____
Interviewed _____ Telephonic _____ Hardship _____
By: _____ Interview: _____ Reason: _____



**AYUDA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)
PROGRAMA SUPLEMENTARIA DE ASISTENCIA PARA NUTRICION (SNAP) SOLICITUD**

Nombre _____ SSN _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____ Teléfono _____
Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo _____ Segundo Teléfono _____
Ciudad Estado Código Postal

¿Le gustaría recibir avisos por correo electrónico? Sí No Si es así, correo electrónico _____

¿Para cuáles beneficios está solicitando? TANF SNAP Antes de determinar su elegibilidad, usted tiene que ser entrevistado.

AYUDA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)

Para comenzar su solicitud, complete la sección arriba y firme abajo. Estamos obligados actuar dentro de 30 días desde el día que usted nos entregue este formulario.

SNAP

Usted puede presentar su solicitud inmediatamente con tal que tengamos su nombre, dirección y la firma de una persona de su hogar responsable o su representante autorizado. Los beneficios son repartidos desde el día que recibimos este formulario en nuestra oficina, si usted es elegible. Estamos obligados a verificar la información que usted provee y actuar dentro de 30 días de la fecha que recibimos su solicitud, a menos que usted tenga derecho a recibir beneficios dentro de 7 días. **USTED PUEDE RECIBIR SNAP DENTRO DE 7 DIAS** si los ingresos brutos mensuales de su hogar son menos de \$150 y los recursos de su hogar como dinero en efectivo y cuentas bancarías son menos de \$100; o si su renta/hipoteca y utilidades son más que la suma de sus ingresos brutos mensuales y recursos líquidos; o si ustedes son un hogar de migrantes o trabajadores agrícolas temporadas y usted verifica su identidad.

1. ¿Hay alguien en su hogar que recibió algún ingreso (dinero, cheques, regalos, etc) este mes? Sí No
Si es así, ¿Cuánto? \$ _____
2. ¿Hay alguien que está anticipando recibir ingreso despues este mes? Yes No Si es así, ¿Cuánto? \$ _____
3. ¿Cuánto dinero tiene su hogar en efectivo, una cuenta bancaría de cheque o ahorros? \$ _____
4. Provee la cantidad de gasto: Renta/Hipoteca \$ _____ Luz \$ _____ Gas \$ _____ Agua \$ _____ Teléfono \$ _____
5. ¿Es el único ingreso de su hogar de un trabajo migrante o un trabajo agrícola temporal? Sí No
6. ¿Hay alguien en su hogar que esté descalificado del programa de SNAP en razón de fraude? Sí No
7. ¿Hay alguien en su hogar que ha sido condenado de un delito sobre la droga que fue hecho desde 22/08/96? Sí No

Para información sobre TANF Centros de Recursos para Familias Primeros, llame en 1 800 948 3050 o véase el sitio de web en www.mdhs.state.ms.us.

Al firmar y poner la fecha en esta solicitud, estoy dando mi consentimiento para que los registros de asistencia de los niños identificados en esta solicitud sean revelados por el Departamento de Educación de Mississippi al Departamento de Servicios Humanos de Mississippi para el uso del Departamento de Servicios Humanos de Mississippi determinar la conformidad con los requisitos de asistencia escolar en el Programa de TANF.

Sólo los ciudadanos de los Estados Unidos o extanjeros con el estatus legal de inmigración son elegibles para los beneficios de SNAP. Cuálquier persona que no es una ciudadana o no es un extranjero con el estatus legal no debe ser apuntada en la solicitud. Aquellas personas no serán reportadas a la agencia de Inmigración y Aduana. Las personas que no son ciudadanas incluidas en su solicitud tendrán su elegibilidad determinado según las reglas de SNAP. Ingresos y recursos para todas las personas en su hogar serán considerados en la determinación de elegibilidad para todas incluidas en la solicitud.

Yo certifico que cada solicitante incluido en mi hogar es un ciudadano de los Estados Unidos o extranjero que tiene el estatus legal de inmigración y que la información provista es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Doy permiso al Departamento de Servicios Humanos hacer una revisión completa de mi caso y cualquier contacto para verificar mis declaraciones. Yo sé que puedo ser penalizado si a sabiendas doy información falsa. Certifico que recibí la hoja acerca de los Derechos y Responsibilidades de esta agencia.

Firma de Solicitante

Fecha

Firma de testigo si firmado por una marca

Firma de Representante Autorizado o
Segundo Padre en TANF

Fecha

Firma de testigo si firmado por una marca

Escriba las personas para cuales usted está aplicando empezando con el jefe del hogar

Nombre (Nombre, Apellido)	RELACION AL JEFE DEL HOGAR	NUMERO DE SEGURO SOCIAL *VEASE LA NOTA ABAJO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	**OPCIONAL		CIUDADANO de EE.UU. Sí o No
						HISPANO Sí o No	*** RAZA (Escoje una o más)	
1.	JEFE DEL HOGAR							
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

Información acerca de Etnicidad y Raza no son requeridos y no serán usados en la determinación de su elegibilidad o nivel de beneficios. Esta información será usada para determinar la eficacia del programa alcanzar a la población elegible. *Códigos de Raza: **AL**-Indio Americano/Nativo de Alaska; **AS**-Asiático; **BL**-Afroamericano; **HP**-Hawaiian o de otro Islo del Pacífico; **WH**-Blanco

Escriba cualquier persona en su hogar que no va a incluir en esta solicitud

Nombre (Nombre, Apellido)	Relación al Jefe del Hogar	Edad	Nombre (Nombre, Apellido)	Relación al Jefe del Hogar	Edad

Representante Autorizado de SNAP

Usted puede nombrar a alguien aparte de su hogar para presentar una solicitud o ser entrevistado por su hogar. Esta persona debe conocer la situación de su hogar para proveer cualquier información necesaria para determinar su elegibilidad para SNAP. Usted tiene la responsabilidad para la información que cualquier persona actuando como su representante proporcione incluyendo cualquier información que sea incorrecta.

Me gustaría nombrar: _____

Como parte del proceso de elegibilidad para SNAP, entiendo que ciertos miembros del hogar incluyendo yo mismo serán elegibles para recibir los beneficios de SNAP sólo si siguen los requisitos para registrarse para empleo, buscar empleo, y/o aceptar empleo. Entiendo que servicios de búsqueda de empleo son disponibles en el Departamento de Seguro de Empleo de MS, y que yo podría ser requerido cumplir los requisitos para buscar un empleo en el futuro. Aceptaré un oferta razonable para un empleo no importa si lo recibido por mi propio esfuerzo o a través de una derivación de un empleo y entrenamiento. Entiendo que la falta de cumplir con los requisitos para registrarse para empleo puede resultar en la descalificación de un miembro del hogar o todo el hogar de SNAP, y que yo explicaré estos requisitos de trabajo a mi hogar.

ADVISORIO DE PENALIDAD: *Un Número de Seguro Social (SSN) debe ser provisto o aplicado para cada persona que solicita asistencia según el Acta de Nutrición y Alimentos de 2008. Los SSNs serán usados y verificados que ellos coinciden con los datos Federales y Estatales incluyendo pero no limitado a, Seguro Social, el Departamento de Internal Revenue Service, Va, el Departamento de Seguro de Empleo de MS, verificaciones de recursos/ingresos, y descalificaciones del programa. Las leyes Federales y Estatales proveen multas, encarcelamiento o ambos para cualquier persona culpable de conseguir ayuda para cuál él no tiene derecho por dar la información falsa o esconderla intencionalmente. La información puede ser verificada con contactos semejantes cuando se encuentra discrepancias. El estatus extranjero es sujeto a verificación con la Ciudadnia y Servicios Imigrantes (USCIS) de los Estados Unidos y requerirá la presentación de cierta información de esta solicitud a USCIS.

SNAP AVISO DE PENALIDAD: Si su hogar recibe SNAP, hay que seguir las reglas anotadas abajo. Cualquier miembro de su hogar que rombe cualquiera de estas reglas intencionalmente puede ser prohibido de participar en SNAP por un año después de la primera ofensa, 2 años después de la segunda y permanentemente después de la tercera ofensa; con multa hasta \$250,000, encarcelado hasta 20 años o ambos; y sujeto a juicio bajo de otras leyes federales. **NO** de información falsa, u oculte información para recibir o continuar recibiendo los beneficios de SNAP. **NO** intercambie o venda las tarjetas de EBT. **NO** cambie las tarjetas de EBT para conseguir los beneficios de SNAP para cuales usted no es elegible. **NO** use los beneficios de SNAP de otras personas o la tarjeta de otra persona para su propio hogar. Los individuos que han cometido las violaciones siguientes o han sido determinado por una corte serán sujetos a las penalidades siguientes:

- Descalificado por 2 años por la primera ofensa involucrando la venta de armas, munición, o explosivos por los beneficios; o traficando SNAP en la cantidad de \$500 o más.
- Individuos (Jefe del Hogar, esposo, o miembro responsable del hogar), determinado por una corte o la agencia Estatal que ha hecho una declaración fraudulenta o una representación sobre la identidad y/o residencia para recibir los beneficios múltiples a la vez será descalificado por 10 años.

De acuerdo con la ley Federal y el Departamento de Agricultura de EEUU (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) politica, se prohíbe esta instatución de discriminar basado en la raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Según la política del Acto de Alimentos y Nutrición, y la política del USDA discriminación basado en la religión o creencias políticas tambien son prohibidos

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Escriba USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o Llame (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escriba HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o Llame (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). USDA y HHS son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidades