



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee

Solicitud de Asistencia Familiar

Si necesita ayuda con este formulario porque tiene una discapacidad o no habla inglés, no dude en informarnos. Tenemos ayuda gratuita disponible. Comuníquese con el Centro de Servicio de Asistencia Familiar al número 866-311-4287 y/o con el número de TTY al 711. Después del mensaje grabado, le comunicarán con una operadora que le puede facilitar un intérprete.

ESTA CASILLA ES SOLO PARA USO DEL TDHS

Número de caso: _____
 Fecha de recibo: _____
 Condado: _____

Aceptaremos su solicitud con solo su nombre, dirección y firma. Pero mientras más información nos dé, más pronto podremos determinar si puede recibir ayuda. Si es aprobado, sus beneficios comenzarán a partir de la fecha de recibo de la solicitud. En la mayoría de los casos, tendrá que hablar con un empleado del TDHS para completar el proceso de la solicitud.

Podrá recibir SNAP en 7 días si:

1. El ingreso mensual de su unidad familiar es menos de \$150, y sus recursos actualmente son de \$100 o menos.
2. Su costo de vivienda (más los servicios públicos) es mayor que su ingreso mensual y sus ahorros.
3. Realiza trabajo agrícola por temporada o migratorio.

Si tiene una discapacidad que le dificulte llenar o entender esta solicitud, podemos ayudarle. Si no puede acudir a nuestra oficina, podemos llamarle o visitarle. Los clientes pueden presentar la solicitud para beneficios y los documentos de certificación a la oficina de su condado por correo, entrega en persona o pueden presentar una solicitud en línea en: <https://onedhs.tn.gov/>.

Nombre (Primer nombre/Inicial intermedia/Apellido)			Esta solicitud es para: <u> Familias Primero </u> <u> SNAP </u>		
Dirección domiciliaria			Es posible que le llamemos al número de teléfono de su casa o celular para recordarle sus citas. Le dejaremos un mensaje si no responde.		
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono en casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular/otro
Dirección postal (si es diferente que la anterior)			Usamos los Números de Seguridad Social para verificar que usted es quien dice ser. Los usamos para asegurarnos de que reciba la cantidad de ayuda adecuada, para cambiar la cantidad de ayuda que recibe, para verificar otros registros de computadoras y del gobierno, y para asegurarnos de que está habilitado para el programa. Verificamos los registros del Seguro Social, el IRS y de empleo. Es posible que verifiquemos los registros de los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de EE. UU. (USCIS). Si esos registros no coinciden con lo que usted indica, ello podrá afectar el que pueda recibir ayuda y cuánto pueda recibir en Familias Primero o SNAP. Si proporciona información incorrecta a propósito para obtener ayuda, puede ser enviado a la cárcel.		
Ciudad	Estado	Código postal	El proporcionar información sobre la Raza/el Grupo Étnico ayuda a demostrar si Tennessee cumple con las leyes de derechos civiles. Use los siguientes códigos para indicar la raza: W = Blanco/Caucásico, B = Negro/Afroamericano, A = Asiático, H = Originario de Hawái/Islands del Pacífico, I = Indígena estadounidense/Nativo de Alaska (Su unidad familiar no tiene que dar esta información y ello no afectará su idoneidad o nivel de beneficios). Estado civil: Utilice las siguientes categorías para cada miembro adulto de la unidad familiar: casado, soltero, divorciado, viudo, separado		
Dirección de correo electrónico					
¿Es usted una persona sin hogar o desposeída? () Sí () No					
¿Necesita una tarjeta EBT? () Sí () No					

Lista de todas las personas en su unidad familiar (incluido usted) Para añadir más personas, adjunte otra solicitud u otra hoja de papel	¿Esta persona solicita beneficios? (Sí/No)	<u>(NO es necesario si la persona no desea recibir beneficios)</u> Para más información, consulte la página 1 de la Declaración de Entendimiento		Sexo (M/F)	(Opcional) Marque la casilla si es Hispano/ Latino	(Opcional) Raza (ver arriba) Anote todas las que correspondan	Estado civil (ver arriba)	Fecha de nacimiento	Marque la casilla si la persona está embarazada	Marque la casilla si la persona está discapacitada
		Número de Seguridad Social	Marque la casilla si es ciudadano de EE.UU.							

Certifico, bajo pena de perjurio (hacer declaraciones falsas bajo juramento) y bajo toda otra pena aplicable, que las declaraciones hechas en esta solicitud, en todos los anexos y a la persona que me entrevistó, son verídicas y correctas. Todas las personas que solicitan o reciben ayuda son ciudadanos de EE.UU., extranjeros legales o inmigrantes idóneos. Entiendo y estoy de acuerdo con las reglas y la información que se me han dado. Si se me pide, daré la información que compruebe mi declaración o daré permiso al TDHS para obtener comprobantes. Entiendo que tengo que informar de todo cambio según me lo indique el TDHS. Entiendo que la información que provea está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si dicha información es verídica.

Autorización para compartir información: Es posible que el estado de Tennessee o sus empleados necesiten comprobar que la información que proporcioné es verdadera. Firmar este documento es una indicación de que acepto que se obtengan dichos comprobantes. Esto les permitirá decidir si puedo obtener beneficios de SNAP o Familias Primero. También afirmo que he leído y entendido la Declaración de Entendimiento. **Si solicita SNAP, puede ser sujeto a una revisión de Control de calidad. Los clientes pueden presentar la solicitud para beneficios y los documentos de certificación a la oficina de su condado por correo, entrega en persona o pueden presentar una solicitud en línea en: <https://onedhs.tn.gov/>.**

Firma: _____ Fecha: _____ Testigo (si se firmó con una X): _____ Fecha: _____ Apoderado o representante autorizado: _____ Fecha: _____

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para asegurarse del uso de versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

ESTE RECUADRO es para Familias Primero únicamente: Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar Yo (el/la cliente) doy permiso para que los registros de asistencia escolar de mis hijos incluidos en esta solicitud, sean divulgados por el Departamento de Educación de Tennessee, o por la escuela de mi hijo(a), al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos registros, incluido los números de seguridad social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones bajo Familias Primero. Los registros serán destruidos cuando ya no sean necesarios.		Mi información será compartida con Libros desde el nacimiento (Books from Birth) a menos que yo decline. Marque aquí para declinar ___. ¿Está dispuesto a cumplir con manutención infantil? (Solo para Familias Primero) Sí ___ No ___		¿Desea una copia de su solicitud completada? ___ Sí ___ No Si es así, ¿prefiere una copia impresa o copia electrónica? ___ Copia impresa ___ Copia electrónica		Sus beneficios de SNAP pueden cancelarse si: *Proporciona información incorrecta u oculta datos para obtener beneficios de SNAP; *Usa la Tarjeta de Seguridad para Beneficios de otra persona sin su permiso; *Usa los beneficios de SNAP para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón o para pagar cuentas de crédito. Si infringe estas normas, no recibirá beneficios de SNAP: La primera vez durante 1 año; la segunda vez durante 2 años; y la tercera vez permanentemente. Si intercambia beneficios de SNAP por drogas. Puede ser retirado del programa: La primera vez durante 2 años; y la segunda vez permanentemente. Será suspendido permanentemente del Programa de SNAP si se le declara culpable de: *Intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, o por sustancias controladas (drogas ilícitas); *Vender beneficios de SNAP por un valor de \$500 o más. No proporcione información incorrecta acerca de su identidad o de dónde vive para recibir múltiples beneficios de SNAP. Dar información incorrecta puede impedirle que reciba beneficios de SNAP durante 10 años. Sentencias federales y/o estatales: ¿Usted o alguien en su unidad familiar ha sido declarado culpable de recibir Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés, o dinero en efectivo) o beneficios de SNAP en dos o más estados al mismo tiempo? Sí ___ No ___ ¿Alguien ha usado fondos de TANF en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salones de póker, negocios de entretenimiento para adultos, salones de bingo, hipódromos, y/o tiendas minoristas autorizadas cuyas ventas principales son los productos del tabaco como tabaco de mascar, cigarrillos, cigarrillos, pipas, y otros accesorios para fumar? (Solo para TANF) Sí ___ No ___ ¿Usted o alguien en su unidad familiar ha sido sancionado por comprar o vender beneficios de SNAP por más de \$500? Sí ___ No ___ ¿Usted o alguien en su unidad familiar ha sido sancionado por un delito mayor debido a comportamiento relacionado con la posesión, uso o distribución de una sustancia o droga controlada después del 22/08/96 (SNAP y TANF)? Sí ___ No ___ ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar se está ocultando o es prófugo de la ley para evitar ser procesado, arrestado, o llevado a la cárcel por una condena por delito mayor o intento de cometer delito mayor, o violación de la misma o por infringir las condiciones de libertad bajo palabra o de libertad condicional? Sí ___ No ___ ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido sancionado por intercambiar beneficios de SNAP por drogas o sustancias controladas? Sí ___ No ___ ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha recibido SNAP y TANF de otro estado en los últimos 30 días? Sí ___ No ___	
Entiendo que puedo tener uno o dos representantes autorizados: ___ puede solicitar estos beneficios en mi nombre: SNAP () ; Familias Primero () ___ puede usar mis beneficios de SNAP en mi nombre () ; puede usar mis beneficios de Familias Primero en mi nombre () ___ puede solicitar estos beneficios en mi nombre: SNAP () ; Familias Primero () ___ puede usar mis beneficios de SNAP en mi nombre () ; puede usar mis beneficios de Familias Primero en mi nombre ()							
Registro de electores							
¿Está inscrito para votar donde vive actualmente? () Sí () No ¿Desea registrarse para votar? () Sí () No ¿Desea que el TDHS le envíe por correo un formulario para registro de electores? () Sí () No Los beneficios que pueda recibir del TDHS no cambiarán si se registra o no para votar y ello tampoco le impide que solicite beneficios.							
En las siguientes casillas, proporcione información acerca de los INGRESOS de su unidad familiar. Ingresos incluyen, entre otros, el ingreso por trabajo, empleo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios por discapacidad, Seguridad Social/SSI, Indemnización laboral, beneficios por desempleo, pensiones, subsidios e ingresos por intereses.							
Persona con ingresos impuestos/gastos		Fuente de ingresos (tales como empleo, Seguridad Social, manutención infantil)		Cantidad mensual antes de los impuestos/gastos			
Indique cualquier Recurso de la unidad familiar (dinero en efectivo, cuentas bancarias corrientes, de ahorros o de otros tipos, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuales, cuentas para jubilación, fondos fiduciarios, rentas vitalicias u otros bienes líquidos) Tipo: _____ Valor: \$ _____ Tipo: _____ Valor: \$ _____ Tipo: _____ Valor: \$ _____ Tipo: _____ Valor: \$ _____							
Todo miembro que intencionalmente incumpla alguna de las normas, puede ser descalificado de SNAP por un período desde un año y hasta para siempre, o multado hasta un máximo de \$250,000 o sancionado con pena de cárcel de hasta 20 años o ambos. Él o ella podrá también ser objeto de procesamiento penal bajo otras leyes estatales o federales que correspondan. Él o ella podrá ser descalificado(a) de SNAP durante 18 meses adicionales si es que así lo ordena el tribunal. No intercambie ni venda las tarjetas de EBT, ni utilice la tarjeta de otra persona. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otras formas de abuso infantil, un delito federal o estatal relacionado con agresión sexual, o un delito bajo la ley estatal que el Fiscal General haya determinado que es sustancialmente similar a tal delito, después del 7 de febrero de 2014? Sí ___ No ___							
Si tiene entre 18 y 24 años de edad, ¿alguna vez ha estado bajo la custodia del estado cuando era menor de edad? Sí ___ No ___ Gastos de Cuidado infantil Cantidad pagada por semana: \$ _____ Nombre del proveedor de cuidado infantil: _____		Costos de vivienda Alquiler / Hipoteca (marque uno con un círculo) Cantidad mensual: \$ _____ Gas/Electricidad \$ _____ al mes Teléfono \$ _____ al mes		Gastos médicos Indique los gastos médicos recurrentes, tales como recetas médicas o primas de seguros. Esto puede ayudarle a obtener más SNAP si es una persona anciana o discapacitada. Tipo: _____ \$ _____ al mes Tipo: _____ \$ _____ al mes			
				Manutención Infantil pagada Si por ley tiene que pagar manutención infantil a/por un hijo o más, indíquelo aquí: Hijo: _____ \$ _____ al mes Hijo: _____ \$ _____ al mes			
Se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, credos religiosos o ideas políticas. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credos religiosos, discapacidad, edad, ideas políticas o tomar represalias o represión por actividades previas de derechos civiles en alguno de los programas o actividades realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (p. ej. Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas norteamericano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con problemas del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339. También se puede ofrecer información respecto al programa en otros idiomas aparte del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información requerida en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta al USDA por: (1) Correo a: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 (2) fax al: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico a: program.intake@usda.gov. Para cualquier otra información relacionada con temas concernientes al Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP), las personas se pueden comunicar con el número de la Línea directa de SNAP del USDA llamando al (800) 221-5689, que también funciona en español o llamar a los números de la línea de Información Estatal/Línea directa del Estado (haga clic en el enlace para ver la lista de números de línea directa por estado); que se encuentra en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.							
Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. También puede escribir a: Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, James K. Polk Building, 500 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.							

El personal del TDHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para asegurarse del uso de versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Distribución: FARAS (original)
 HS-0169sp (Rev. 03-22)

RDA: 1716
 Página 2 de 2