

Este formulario sirve para solicitar el Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria) (SNAP), el Family Investment Program (Programa de inversión familiar) (FIP) o la Refugee Cash Assistance (Asistencia de dinero en efectivo para refugiados) (RCA). Si prefiere completar una solicitud en línea, visite <http://hhs.iowa.gov>. Cualquier persona puede completar una solicitud. Puede solicitar uno o ambos programas mediante esta solicitud. Solo debe completar las secciones de los programas que desea solicitar. Las páginas 1 y 2 y las páginas 13 a 16 son suyas, se sugiere que las conserve en sus registros.

Parte A – Todos deben completar esta sección para solicitar SNAP o FIP.

Parte B – SNAP: este programa le ayuda a comprar alimentos para mantener una buena salud.

Parte C – FIP o RCA: El FIP entrega asistencia temporal en efectivo para niños y familias. El Programa de inversión familiar también se conoce como Temporary Assistance for Needy Families (Asistencia temporal para familias necesitadas) (TANF). Las personas refugiadas que no reciben FIP pueden recibir Asistencia en efectivo para refugiados

Puede entregar su solicitud por correo postal o correo electrónico o fax o entregarla en cualquier oficina local del HHS.

Si envía la solicitud por correo postal, utilice la siguiente dirección:
Cedar Rapids Service Area
Imaging Center 4
PO Box 2027
Cedar Rapids IA 52406-2027

Si envía la solicitud por correo electrónico, utilice la siguiente dirección:
imagingcenter4@dhs.state.ia.us

Si envía la solicitud por fax, utilice el siguiente número:
515-564-4017

La fecha en que recibimos la página 3 con su nombre, dirección y firma es la fecha de ingreso de su solicitud. A partir de dicha fecha comienza a correr el tiempo que tenemos para trabajar en su solicitud. También es la fecha en que podría comenzar a recibir SNAP.

Se programará una entrevista con usted si se considera necesario. Es probable que la entrevista se realice por teléfono. Hay cierta información que debemos verificar antes de procesar su solicitud. Se le otorgará tiempo para entregar esa información. Si no puede obtener un comprobante que provea la información requerida, puede solicitarle al HHS que le ayude a obtener la información. Antes de que podamos procesar su solicitud, es posible que le pidamos comprobantes de lo siguiente:

- De su identidad y de las personas para las que se están solicitando los beneficios. Algunos ejemplos de comprobantes incluyen: licencia de conducir, tarjeta de seguro social o tarjeta de residente extranjero.
- Que usted y las personas por las que está solicitando sean ciudadanos o nacionales de los EE. UU.
- Del dinero que ha recibido en los últimos 30 días, como talones de cheques, registros de trabajo por cuenta propia, comprobantes de pagos de manutención de menores o cartas de adjudicación de beneficios (como beneficios por discapacidad, beneficios para veteranos o asistencia financiera).
- De sus activos, como cuentas bancarias, cuentas de fideicomiso, acciones o bonos.
- De sus gastos, como vivienda, servicios públicos, cuidado infantil y manutención de menores.

Información acerca del estatus migratorio

Usted puede solicitar beneficios solo para una parte de las personas de su grupo familiar incluso si algunos miembros no tienen estatus migratorio legal. Por ejemplo, los padres que no tienen estatus migratorio legal pueden solicitar por sus hijos estadounidenses o inmigrantes legales calificados. Deberá presentar un comprobante del estatus migratorio o de la ciudadanía estadounidense para cada persona de su hogar que esté solicitando beneficios.

Se podrá verificar el estatus migratorio de su grupo familiar con el United States Citizenship and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigraciones de los Estados Unidos o USCIS). Cualquier información que

obtenemos de USCIS puede afectar los beneficios de su grupo familiar. No nos comunicaremos con el Citizenship and Immigration Service para obtener información sobre las personas para las cuales no llene una solicitud. Sin embargo, podremos utilizar sus ingresos y activos para ver si el resto del grupo familiar puede recibir ayuda.

Servicio de emergencia - SNAP

Las siguientes personas califican para recibir SNAP en siete días:

- Grupos familiares con ingresos brutos mensuales inferiores a \$150 y con activos, como efectivo o cuentas bancarias, con \$100 o menos; o
- Grupos familiares cuyos gastos de renta, hipoteca y servicios públicos superen los ingresos brutos y activos mensuales del grupo familiar; o
- Grupos familiares con un trabajador agrícola migrante o temporero con activos de \$100 o menos cuyo ingreso está por terminar o comenzar

SNAP en 30 días

Si no recibe el Servicio de Emergencia, recibirá SNAP dentro de un plazo no mayor a 30 días si es elegible, o bien recibirá una carta indicando por qué no es elegible.

FIP o RCA

Recibirá FIP o RCA dentro de un plazo no mayor a 30 días si es elegible, o bien recibirá una carta indicando por qué no es elegible.

Voter Registration

Si se quiere registrar para votar, puede completar el formulario de registro de votante en https://hhs.iowa.gov/sites/default/files/Voter_Registration.pdf. Solicitar o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que recibirá de esta agencia.

En la solicitud usamos la siguiente terminología. Estos son sus significados:

Extranjero	Una persona que no es ciudadana de los EE. UU.
Apelación	Una solicitud de audiencia basada en una decisión tomada por el Departamento.
EAC (Electronic access card)	Tarjeta de acceso electrónica (Tarjeta de débito Mastercard) para recibir sus beneficios de asistencia en efectivo.
Tarjeta EBT	Tarjeta para Transferencia electrónica de beneficios correspondiente a una tarjeta plástica que se usa para comprar comida.
Elegible	Cumple con todas las reglas del programa para obtener beneficios del HHS.
Grupo familiar	Grupo de personas que viven juntas.
Trabajador agrícola migrante	Persona que viaja por temporadas para buscar trabajo en la cosecha agrícola.
PROMISE JOBS	Programa de trabajo y capacitación para el Programa de Inversión Familiar (FIP).
Control de calidad	Unidad del HHS que podría revisar su caso para confirmar si está recibiendo la asistencia correcta. Si selecciona su caso para revisión, la unidad de Control de Calidad se pondrá en contacto con usted.
Refugiado/a	Persona que ingresa a los EE. UU. con un estatus de refugiado/a.
Trabajador agrícola temporero	Persona que trabaja por temporada en una granja que se encuentra a una distancia corta en vehículo de su casa.
Acciones, bonos, certificados de ahorro, anualidades, IRA, Keogh	Estos son diferentes tipos de inversiones financieras que pueden considerarse recursos/activos bajo los criterios de elegibilidad para recibir SNAP y FIP.

Solicitud de ayuda financiera y asistencia alimenticia

Marque la casilla que se encuentra junto a los programas que desea solicitar:

- SNAP
 Family Investment Program (FIP)
 Refugee Cash Assistance (RCA)

No es necesario que solicite los programas que ya recibe. **Si no puede completar toda la solicitud hoy, al menos complete su nombre, dirección y firma y entregue esta página. Si solo completa su nombre, dirección y firma, complete y entregue el resto de la solicitud tan pronto como pueda para ayudarnos a procesarla correctamente. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a su oficina local del HHS.**

Nombre	Número de teléfono ()	¿El mejor momento para llamarle es durante la mañana o la tarde?	
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
Condado en el que vive:	Correo electrónico:		
¿Necesita un intérprete? Si es así, ¿en qué idioma?			

Autorizo al HHS a entregarme información confidencial por correo electrónico a la dirección provista arriba. La información confidencial abarca todos los datos necesarios para que el HHS procese mi solicitud. Al proveer mi dirección de correo electrónico al HHS entiendo que es mi responsabilidad informar a mi trabajador del HHS si mi dirección de correo electrónico cambia o si deseo que dejen de comunicarse conmigo por correo electrónico.

Certifico, bajo pena de perjurio que:

- Las respuestas que voy a entregar en esta solicitud son correctas y están completas a mi leal saber y entender.
- Mi respuesta sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de cada una de las personas que está solicitando asistencia es correcta.

Su firma o marca	Fecha de hoy		
Firma de la persona que ayudó a completar este formulario, si corresponde	Fecha de hoy		
Nombre en letra de imprenta de la persona que ayudó a completar el formulario	Número de teléfono		
Dirección postal de la persona que ayudó a completar el formulario	Ciudad	Estado	Código postal

Información sobre el Número de Seguro Social

Podemos entregar ayuda solo a personas que nos den su número de seguro social (SSN) o un comprobante de la oficina del seguro social. No tiene que darnos el SSN de las persona en su grupo familiar que no quieran ayuda, pero usted puede elegir darnos sus SSN. Sin embargo, utilizaremos cualquier SSN que nos entregue de la misma forma que lo hacemos con el SSN de las personas que solicitan asistencia. Si opta por no darnos el número de seguro social de las personas en su hogar, denegaremos la asistencia para esas personas. Existen algunas excepciones a esto. Pregunte a su trabajadora social al respecto. No entregaremos ningún SSN al Citizenship and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigraciones).

Personas en su hogar

Parte A

Enumere a **todas** las personas que viven en su hogar y marque la casilla **sí** o **no** si está solicitando beneficios para esa persona. Si elige no, solo necesita registrar sus nombres, el parentesco que tiene con usted y sus fechas de nacimiento.

*Solo se requiere si va a solicitar FIP.

Tenemos que preguntar por su origen étnico y raza, pero usted **no** tiene la obligación de responder. La razón de la información es asegurarse de que los beneficios del programa sean distribuidos sin importar la raza, el color o el origen nacional. Su respuesta no afectará el nivel ni el tiempo de espera de los beneficios elegibles que pudiera obtener. Si decide responder, utilice los siguientes códigos:

**Origen étnico

***Raza (escoja todas las que correspondan)

H = Hispano o Latino

W = Blanco

I = Nativo Americano o nativo de Alaska

N = No Hispano o Latino

B = Negro o Afroamericano

N = Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

A = Asiático

¿Está solicitando beneficios? Sí/No	Nombre completo (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	Relación que tiene con usted	Fecha de nacimiento	SSN	¿Es ciudadano/a? Sí/No	Si no es ciudadano, ¿cuál es su estatus migratorio?	Estado de nacimiento *	Último grado escolar *	Origen étnico **	Raza ***
		Yo mismo								

Abuelos y otras personas que solicitan beneficios para menores que no son sus hijos:

Si está solicitando FIP **solo** para menores, responda las preguntas siguientes en relación exclusiva con los menores. Si está solicitando SNAP o FIP para usted, responda las preguntas sobre las personas que viven en su hogar.

Indique a cualquier persona en su hogar que tenga una discapacidad: _____

Indique a cualquier persona de 18 años o mayor que asista a una universidad o escuela técnica: _____

Indique si alguien en su hogar recibe beneficios de otro estado: _____

¿De cuál estado recibe beneficios? _____

Indique si alguien en su hogar está en huelga o recibe alimentos con regularidad en lugar de pagar la renta: _____

Indique si alguien en su hogar está en las fuerzas armadas, es veterano o cónyuge de un veterano: _____

Indique a cualquier persona en su hogar que esté embarazada: _____

Acciones penales y descalificación	Parte A
---	----------------

¿Alguna persona de su grupo familiar se encuentra prófugo para evitar un procesamiento judicial, custodia o cárcel por un delito mayor? Sí No

¿Alguna persona de su grupo familiar ha quebrantado su libertad condicional? Sí No

¿Alguna persona de su grupo familiar está en la cárcel o a la espera de ser ingresado a la cárcel o prisión? Sí No

¿Alguien ha sido descalificado para recibir beneficios de SNAP en algún estado por fraude o violación del programa? Sí No

Ingresos	Parte A
-----------------	----------------

Debe indicarnos todo el dinero que ganan las personas en su casa. **Si deja un espacio en blanco, entenderemos que nadie en su grupo familiar recibe dinero de este tipo.** Use una hoja de papel adicional si fuera necesario. **Es posible que deba presentar un comprobante de sus ingresos de los últimos 30 días.**

Haga una lista de todos los empleos que tengan las personas en su casa.

¿Quién trabaja?	¿Cuál es el nombre del empleador?	¿Cuánto le pagan a esta persona por hora?	¿Cuántas horas tiene presupuestado trabajar esta persona cada semana?	¿Cada cuánto tiempo le pagan a esta persona?	¿Esta persona recibe propinas?
		\$ _____	Horas regulares: _____ Horas extras: _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Sí, Monto semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No
		\$ _____	Horas regulares: _____ Horas extras: _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Sí, Monto semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No
		\$ _____	Horas regulares: _____ Horas extras: _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Sí, Monto semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No

		\$ _____	Horas regulares: _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<input type="checkbox"/> Sí, Monto semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No
			Horas extras: _____		

¿Alguien recibe bonificaciones o comisiones? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

¿La cantidad de dinero que obtiene del empleo se mantendrá aproximadamente igual? Sí No

Si la respuesta es No, explique: _____

¿Hay alguien que ya haya sido contratado para un empleo pero que no haya recibido aún su sueldo? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Cuál es el nombre del nuevo empleador? _____

Tarifa de pago _____ Horas semanales de trabajo _____

¿Alguien ha reducido sus horas de trabajo o ha dejado de trabajar en los últimos 30 días? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Cuál es el nombre del empleador? _____

¿Qué otro dinero reciben las personas en su hogar?	¿Quién recibe el dinero?	¿Cuánto recibe al mes?
Empleo por cuenta propia o trabajos esporádicos (envíe los formularios de impuestos federales más recientes. Si no ha presentado declaración de impuestos, envíe los registros que muestren los ingresos y gastos)		
Beneficios del seguro de desempleo o compensación laboral		
Seguro Social o SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)		
Beneficios para veteranos, pensiones o jubilación		
Pensión alimenticia o manutención		
Dinero proveniente de amigos o familiares		
Otro: (incluya pagos irregulares o únicos) Explique:		

¿La cantidad de dinero que obtienen las otras personas de su grupo familiar se mantendrá aproximadamente igual? Sí No

Si la respuesta es No, explique: _____

Gastos	Parte A
---------------	----------------

Si tiene gastos de **guardería** para un niño o de cuidado diurno para un adulto discapacitado que vive con usted, díganos cuánto paga a continuación. Necesitamos un comprobante de cuánto es su responsabilidad de pago para ver si puede obtener una deducción. Los comprobantes pueden ser recibos o una declaración de pago del proveedor.

Quién recibe los cuidados: _____ Cantidad que paga \$ _____ por mes

Si alguien paga **manutención de menores**, díganos cuánto paga a continuación. Necesitamos un comprobante de cuánto paga para ver si puede obtener una deducción.

Quién paga: _____ Cantidad que paga \$ _____ por mes

Recursos (activos)**Parte A**

¿Alguien en su hogar tiene un auto, camión, bote, casa rodante, motocicleta u otro vehículo? Sí No
 Si la respuesta es Sí, liste la marca, modelo y año:

Indique el dinero total que las personas en su hogar tengan en:

Cuentas de cheques/ahorros u otras cuentas bancarias o de cooperativas de crédito	\$ _____	¿Quién? _____
Efectivo	\$ _____	¿Quién? _____
Acciones, bonos, certificados de ahorro, anualidades, IRA, Keogh u otros activos	\$ _____	¿Quién? _____

Indique si alguien:

Posee tierras, edificios o casas, además de la casa en la que vive: _____

Posee recursos con alguien que no vive en su hogar: _____

Tiene una patria potestad o un fideicomiso: _____

Ha vendido, transferido o regalado algún recurso en los últimos tres meses: _____

Ayuda con su SNAP – Representante autorizado**Parte B**

Si siente que necesita la ayuda de otra persona para estar en sus entrevistas con el HHS, completar sus documentos del HHS, responder preguntas del HHS y comprarle alimentos con sus beneficios de EBT, puede decirnos el nombre de esa persona. La persona que lo representa ante el HHS se llama su Representante Autorizado. Es muy importante elegir un Representante Autorizado en quien confíe y en quien pueda confiar. Cualquier información proporcionada al HHS por parte de su Representante Autorizado es lo mismo que si esa información proviniera de usted. Si su Representante da información incorrecta y usted obtiene beneficios en exceso, tendrá que devolverlos. Si su Representante usa sus beneficios EBT, no podrá reemplazar esos beneficios. No es necesario tener un Representante Autorizado. Es opcional y es su decisión.

Entiendo lo que significa tener un Representante Autorizado y me gustaría tener uno. Entiendo que el HHS podrá compartir mi información con la persona que indico a continuación.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Relación con usted: _____

SNAP**Parte B**

Escriba los nombres de las personas de su hogar que **no** están solicitando SNAP:

Escriba los nombres de las personas que viven con usted, pero que **no** comen en su casa con usted: _____

¿Alguien en su hogar ya tiene una tarjeta EBT de Iowa?
 Si la respuesta es Sí, escriba su nombre aquí: _____

Indique a cualquier persona en su hogar que haya dejado de estar en cuidados de crianza:

Indique a cualquier persona en su hogar que esté experimentando falta de vivienda:

¿Algún miembro del grupo familiar es un trabajador agrícola migrante o temporero? Sí No

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado después del 22 de septiembre de 1996 por alguno de los siguientes ilícitos?

Comprar o vender beneficios de SNAP superiores a \$500 Sí No

Recibir fraudulentamente beneficios duplicados de SNAP en cualquier estado Sí No

Intercambiar los beneficios de SNAP por drogas, armas, municiones o explosivos Sí No

Gastos de SNAP

Parte B

Para obtener la mayor cantidad de SNAP posible, provea información sobre sus facturas. Debe entregar comprobantes de sus gastos. Para los arrendatarios, un comprobante puede ser un contrato de arrendamiento o una declaración por escrito del arrendador o la autoridad de vivienda. Para los dueños de viviendas puede ser una declaración de hipoteca, predial o seguro.

Refugio

¿Recibe asistencia para la renta? Sí No

Si la respuesta es Sí, ingrese el monto exacto que usted es responsable de pagar. No provea montos estimados.
\$ _____ al mes

Díganos el monto exacto que usted es responsable de pagar. No provea montos estimados.

Alquiler \$ _____ por mes

Alquiler de lote \$ _____ por mes

Hipoteca* \$ _____ por mes

Si usted paga impuestos o seguro aparte de su hipoteca, indique los **montos exactos** que usted es responsable de pagar. No provea montos estimados.

Impuestos de la propiedad: \$ _____ cada 1 3 6 12 meses

Seguro de propietario: \$ _____ cada 1 3 6 12 meses

Marque las casillas para identificar las facturas de servicios públicos que debe pagar:

Luz/electricidad

Agua y alcantarillado

Gas

Basura

Teléfono

Cargos adicionales del propietario

Renta de garaje

Pago para poder tener mascota

Otro, explique _____

Marque la casilla si:

Cualquiera de las facturas de los servicios públicos que tiene que pagar son para cubrir la calefacción o el aire acondicionado.

Usted recibió asistencia para cubrir los gastos de energía el año pasado.

Los servicios públicos están incluidos en su renta.

Alguien le ayuda a pagar la renta, los servicios públicos u otros gastos. Ejemplo: compañero de cuarto, padre, amigo, etc.

Si la respuesta es sí, ¿quiénes le ayudaron y qué gastos pagaron? _____

Gastos médicos

Si tiene **gastos médicos** que su seguro no cubre para algún miembro del grupo familiar que tenga discapacidad o sea mayor a 59 años, notifíquenos. Esos podrían ser facturas de médicos u hospitales, medicamentos, transporte, primas de seguros médicos, costos de atención médica domiciliaria, suministros relacionados con la salud, equipos médicos u otros gastos médicos. Envíe comprobantes si sus gastos han cambiado.

Quién paga: _____ Cantidad que paga \$ _____ por mes

Ayuda para pagar gastos

Si recibe ayuda con sus gastos, indique

Qué gasto se pagó	Quién pagó	Monto pagado

Programa de Inversión Familiar (FIP) o Asistencia de dinero en efectivo para refugiados

Parte C

Si no recibe FIP o Asistencia de dinero en efectivo para refugiados y desea presentar una solicitud, responda las preguntas de esta sección.

Indique las personas en su hogar que **no** están solicitando FIP: _____

Indique si alguien en su hogar ya tiene una Tarjeta de acceso electrónica de Iowa (EAC): _____

¿Alguien en su hogar espera recibir o recibió en los últimos 30 días un pago único, como una herencia o un pago del seguro? Sí No

¿Alguien tiene seguro de vida o beneficio por fallecimiento? Sí No

Indique si alguien en su hogar ha recibido TANF u otros beneficios de Asistencia de dinero en efectivo fuera de Iowa desde el 1 de enero de 1997: _____

¿Dónde se recibieron los beneficios y en qué meses? _____

Manutención de menores

Complete esta sección para cada padre que no viva en el hogar con los menores.

Nombre y dirección del padre que no vive en el hogar	Fecha de nacimiento de este padre	Número de Seguro Social de este padre	Nombre de los hijos(as) de este padre	Condado donde se presentó la orden judicial, si hubiese alguna

Nombre y dirección del empleador del padre que no vive en el hogar: _____

Si alguna vez se casó con este padre, indique la fecha y lugar de matrimonio: _____

PAGINA RESERVADA

Anexo a los formularios de solicitud y revisión para autorización para solicitar información

Autorización para solicitar información – OPCIONAL

¡Ayúdenos para ayudarle de mejor forma!

No tiene que firmar esto, pero su firma nos permitirá obtener la información que necesitamos para ayudarle, sin tener que requerir su firma para cada solicitud específica.

Debería saber que:

- Tal vez necesitemos información adicional para decidir si puede recibir asistencia.
- Si necesitáramos información adicional de usted, recibirá una carta que le indicará qué necesitamos y la fecha límite de presentación de esa información.
- Usted es responsable de conseguir la información o de pedirnos ayuda para obtenerla.
- Si no nos entrega la información para la fecha límite ni nos pide ayuda para obtenerla, su solicitud podría ser denegada o su asistencia podría ser interrumpida.
- Podríamos usar la autorización de abajo para obtener la información que necesitamos. **Sin embargo, usted todavía tiene que proveernos la información solicitada o pedirnos ayuda para obtenerla.**
- Podríamos adjuntar una copia de esta autorización a un formulario que solicite a otras personas u organizaciones (como su empleador) la información específica que necesitamos sobre usted u otras personas en su grupo familiar.

Escriba en letra de molde su nombre y firme abajo para autorizarnos a obtener la información que necesitamos.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN

Por este medio, autorizo a cualquier persona u organización a entregar al Iowa Department of Health and Human Services la información solicitada sobre mí u otros miembros de mi grupo familiar.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Esta autorización no procede en el caso de información médica protegida.

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de firma.

Su nombre (escriba claramente)

Nombre del otro adulto (escriba claramente)

Firma o marca

Firma o marca

Fecha

PAGINA RESERVADA

Tiene derecho a apelar

Una apelación es una solicitud de audiencia relacionada con una decisión tomada por el Departamento. Para SNAP y FIP puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Para presentar una apelación por escrito, debe realizar **una** de las siguientes acciones:

- Complete electrónicamente una apelación en <https://hhs.iowa.gov/programs/appeals>, o
- Escriba una carta en la que nos indique por qué cree que la decisión es incorrecta, o
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del HHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación al Department of Health and Human Services, Appeals Section, 321 E. 12th St., Des Moines, IA 50319-1002. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina del HHS de su condado. Puede representarse solo. O bien, puede hacer que un amigo, pariente, abogado u otra persona actúe en su nombre. Puede comunicarse con la oficina de HHS de su condado para obtener información sobre los servicios legales existentes. Es posible que tenga que pagar por estos servicios legales. Si así fuera, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

No será discriminado

Es política del Iowa Department of Health and Human Services (HHS) proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estado de veterano.

Si usted cree que el HHS lo ha discriminado o acosado, envíe una carta en la que detalle su reclamo a: Iowa Department of Health and Human Services, Bureau of Human Resources, 321 E. 12th St., Des Moines, IA 50319-1002 o por correo electrónico a inclusion@dhs.state.ia.us

SNAP

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, convicciones políticas o tomar represalias o venganza por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa se puede entregar en otros idiomas. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para recibir la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o del habla pueden contactar al USDA a través del Servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, el denunciante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o mediante una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada suficientemente detallada para informar al Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una alegada violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta se deben enviar a:

1. **correo postal:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

No envíe solicitudes por correo a la dirección anterior

SNAP, FIP y RCA

Revisamos lo que usted nos informa

La información que usted nos entrega podría ser revisada por funcionarios federales, estatales y locales para verificar su veracidad. La información que podemos verificar podría ser cualquier dato provisto por la persona: Número de Seguro Social, empleo y salario, saldo en cuenta bancaria, montos recibidos de otras fuentes como el Seguro Social o seguro de desempleo y estatus migratorio. Si la información entregada no es fidedigna, podríamos denegar su solicitud.

Podemos revisar los registros de otros estados para ver si alguna de las personas en su grupo familiar puede recibir beneficios en Iowa. Esto se podría llevar a cabo para ver si una persona fue descalificada de un programa en otro estado.

Revisamos y utilizamos sistemas computarizados como el State Income and Eligibility Verification System (Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad). Si cualquier información que nos haya entregado difiere con lo que no dice el sistema, averiguaremos para saber qué es lo correcto. Para revisar su información podríamos comunicarnos con su empleador, su banco o con otras personas. Para hacer este tipo de averiguaciones con su empleador, banco u otras personas, le preguntaremos a usted primero. Dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar.

Información que necesita saber

- El HHS podría entregar sus respuestas a oficiales de la policía y agencias del orden público para apresar a personas buscadas por la ley.
- La unidad de Control de Calidad o la unidad de Investigaciones podría revisar su caso. Ellos podrían contactar a otras personas u organizaciones para verificar su información. Al firmar esta solicitud, usted otorga su permiso para divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con la unidad de Control de Calidad e Investigación para conservar sus beneficios del FIP. Debe cooperar con la unidad de Control de Calidad para conservar sus beneficios de SNAP.
- Utilizaremos la información que nos proporcione para determinar qué tipo de asistencia tiene derecho a recibir.
- Si no era elegible para beneficios, tendrá que pagar de vuelta todos los beneficios que haya obtenido o que hayan sido pagados a terceros en su nombre.
- La sección 1128B de la Ley de Seguro Social provee penas federales por actos fraudulentos e informes falsos en relación con estos programas.
- Cualquier persona que obtiene, intenta obtener o ayuda a otra persona a obtener asistencia pública a la cual no tiene derecho, es culpable de violar las leyes del estado de Iowa. Esto incluye, entre otros, los capítulos 239B, 243, 249 y 249A del Código de Iowa.
- Sus gastos pueden ser utilizados para calcular la cantidad de asistencia a recibir. Puede incluir los gastos en el cálculo de sus beneficios informando y presentando comprobantes de sus gastos. Si no reporta o no entrega pruebas de sus gastos, significa que está eligiendo no reclamar el gasto. Puede informar y presentar pruebas más adelante y el gasto se podrá utilizar en los próximos meses.

También tiene derecho a:

- Pedirle a alguien que le ayude a completar la solicitud.
- Que le aclaren todas sus preguntas.
- Obtener información sobre los programas que solicitó y cualquier otro programa del HHS que podría recibir.
- Que se le notifique si es elegible y cuándo cambiarán o se detendrán sus beneficios.
- Mantener su información y la de su familia en privado.

Para informar un cambio

- Llame al: 1-877-347-5678 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m., se excluyen los días festivos estatales
- Correo electrónico: IMCSC@dhs.state.ia.us

Solo para SNAP

Siga las reglas del programa SNAP que se indican a continuación:

- **No** oculte ni entregue información indebida con el fin de obtener beneficios de SNAP.
- **No** use los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean alimentos, por ejemplo, alcohol o tabaco.
- **No** intercambie, no venda ni regale sus beneficios de SNAP.
- **No** use los beneficios de SNAP de otra persona para usted mismo.

- **No** compre un producto con beneficios SNAP que tenga un recipiente que requiera un depósito retornable con la intención de obtener efectivo desechando intencionalmente el producto para devolver el contenedor y obtener el monto del depósito.
- **No** adquiera alimentos a crédito ni intente pagarlos con SNAP.
- **No** adquiera un producto con los beneficios de SNAP de manera que pueda obtener efectivo u otros artículos que no sean alimentos elegibles mediante la reventa de dicho producto.
- **No** deje de informar si su grupo familiar supera su límite de ingresos.
Si recibe SNAP, la trabajadora le indicará cuál es el límite de ingresos que corresponde a su grupo familiar. Si el ingreso de su hogar supera el límite, o si alguien en su hogar recibe ganancias de la lotería o por apuestas de \$3500 o más en un mes determinado, deberá notificarnos a más tardar para el día 10 del mes siguiente. Si no avisa a tiempo, tendrá que devolver el pago de esos beneficios.

Sanciones del Programa SNAP. Cualquier persona que viole las reglas anteriores:

- **No podrá obtener beneficios de SNAP por un año si es la primera vez, dos años si es la segunda vez, y nunca más si es la tercera vez;**
- **Podría ser multado con hasta \$250,000 o encarcelado por hasta 20 años o ambos; y también podría ser llevado a juicio bajo otras leyes federales y estatales aplicables.**
- **Podrían ser suspendidos sus beneficios de SNAP por 18 meses adicionales, si la Corte así lo determina.**
- **Si la Corte lo declara culpable de intercambiar beneficios del SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.**
- **Si la Corte lo declara culpable de comprar, vender o intercambiar más de \$500 en beneficios del SNAP, perderá los beneficios para siempre.**
- **Si la Corte lo declara culpable de canjear los beneficios del SNAP por sustancias controladas, perderá los beneficios por dos años la primera vez y para siempre en caso que ocurra una segunda vez.**
- **No recibirá SNAP durante 10 años si es encontrado culpable de obtener o intentar obtener SNAP en más de un estado a la vez. Esta sanción se produce si entrega información incorrecta sobre usted o el lugar donde vive.**

Entregar información errónea de manera intencional podría significar que tomemos acciones legales, ya sea criminales o civiles, contra usted. También podría significar que rebajemos sus beneficios o que le confiscemos dinero.

Información que necesita saber

- Los grupos familiares elegibles para SNAP pueden recibir un aviso informando que son elegibles para el programa “Promoción de conciencia de los beneficios de un matrimonio saludable” y un folleto que enumera esos beneficios. Al entregar esta información, el HHS puede usar diferentes reglas que pueden ayudarle a obtener SNAP.
- Si tiene un sobrepago de beneficios de SNAP, el HHS entregará sus respuestas a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de cobranzas, para recuperar el sobrepago.
- La oficina del SNAP podría contactar a otras personas u organizaciones para verificar su información.
- La fecha de presentación de su solicitud es diferente si su hogar es una institución y está solicitando SNAP e ingreso de seguridad complementario (SSI, por sus siglas en inglés) al mismo tiempo. En este caso, la fecha de presentación es la fecha de publicación de la institución.
- No le serán denegados los beneficios de SNAP basado en la denegación de otros programas. No se retrasarán las solicitudes de SNAP debido a los requisitos de otros programas que solicite.
- Al firmar esta solicitud, usted acepta que todos los miembros de su grupo familiar se registrarán en algún empleo y seguirán todas las reglas de empleo y capacitación.
- Para ver la disponibilidad de oportunidades de empleo y capacitación, se puede comunicar con:
 - SNAP Employment & Training (E&T) Program (Programa de Empleo y Capacitación del SNAP) en línea en <https://hhs.iowa.gov/food-assistance/related-programs/employment-and-training> o por teléfono al (515) 281-3131
 - Su Centro IowaWorks local. Puede encontrar su centro de trabajo local en <https://www.iowaworkforcedevelopment.gov/contact>
 - United Way – 211
- La recolección de información en la solicitud, que incluye el Número de Seguro Social de cada miembro del grupo familiar, está autorizada por la Food and Nutrition Act de 2008 (Ley de Alimentos y Nutrición) (anteriormente la Food Stamp Act de 1977 [Ley de Estampillas para Alimentos]), y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se utilizará para determinar si su grupo familiar es elegible o continúa siendo elegible para participar en el Programa

SNAP. Verificaremos esta información a través de programas de correspondencia computarizados. Esta información también se usará para supervisar el cumplimiento de las regulaciones del programa y para la administración del programa.

- Un grupo familiar conformado solo por solicitantes o beneficiarios de Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) tiene derecho a solicitar la recertificación del SNAP en una oficina de la Administración del Seguro Social.

Solo para FIP o Asistencia de dinero en efectivo para refugiados (RCA)

Debe informar al HHS cualquier cambio dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que ocurre un cambio, tales como:

- Ingresos, cuando comienzan o terminan, incluyendo la obtención de una herencia o un pago único de manutención de menores morosa
- Recursos o activos
- Mudanza de una persona dentro o fuera de su hogar
- Una nueva dirección postal o de domicilio
- Recepción de un SSN
- Cambio de escuela de un menor

Si recibe beneficios de FIP o Asistencia de dinero en efectivo para refugiados, su SNAP puede disminuir o detenerse.

A menos que estén exentos, todos los miembros de su grupo familiar deberán cooperar con el Acuerdo de Inversión Familiar (FIA, por sus siglas en inglés) que usted firmó con PROMISE JOBS. Comuníquese con su trabajadora si considera que tiene un motivo justificado para no cooperar. Si decide no participar en su FIA con PROMISE JOBS, los beneficios de su FIP se cancelarán.

Debe cooperar con la Child Support Recovery Unit (Unidad de Recuperación de Manutención de Menores). Mientras recibe el FIP, renuncia a sus derechos a la manutención de menores durante los meses que esté en el FIP. El estado de Iowa retendrá su manutención de menores para descontar el dinero que reciba del FIP.

Uso de su tarjeta de acceso electrónico (EAC) o tarjeta de débito para acceder a fondos del FIP/RCA de su cuenta bancaria personal

Usted no puede acceder a sus beneficios de dinero en efectivo, con su EAC ni con su tarjeta de débito personal, en:

- Licorerías o ningún sitio que venda alcohol principalmente;
- Casinos u otros establecimientos de apuestas o juegos, o
- Negocios que brinden entretenimiento para adultos en el cual los artistas se quiten la ropa o actúen desnudos (como un club nocturno).

Esto incluye esos tipos de negocios ubicados en Iowa, en territorios indígenas o en cualquier otro estado. Si el HHS determina que usted accedió a sus beneficios de dinero en efectivo con su EAC o su tarjeta de débito personal en uno de los lugares mencionados arriba, usted:

- Habrá cometido fraude,
- Tiene que devolver la cantidad de dinero retirada, además de cualquier cobro inherente al retiro, y
- Su familia no obtendrá los beneficios de efectivo durante tres meses con el primer uso incorrecto, y seis meses por cada uso incorrecto adicional.

Al firmar esta solicitud usted conviene en que ningún miembro de su grupo familiar usará la EAC o su tarjeta de débito personal para acceder a los fondos de FIP/RCA en lugares prohibidos.

Responsabilidades adicionales:

Usted debe:

- Solicitar y aceptar cualquier beneficio que pueda obtener.
- Proveernos información y comprobantes, cuando se lo solicitemos.
- Completar los formularios de revisión cuando se le pida que lo haga.

Sanción por obtener FIP en más de un estado

No recibirá FIP durante 10 años si es encontrado culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción se produce si entrega información incorrecta sobre el lugar donde vive.