



**Proyecto de solicitud simplificada de Texas (TSAP) renovación para
beneficios de alimentos de SNAP**

Utilice esta solicitud para beneficios de alimentos de SNAP cuando:

- todos los miembros de su hogar (personas que viven con usted y compran y preparan comida juntos) sean ancianos (60 años o más) o reciban pagos por discapacidad, como Ingresos por seguridad suplementarios (Supplemental Security Income, SSI), Jubilación, Seguro para supervivientes y de discapacidad (Retirement, Survivors, and Disability Insurance, RSDI) o Compensación por discapacidad de Veteranos.
- todos los miembros de su hogar no ganan ingresos (ingresos de trabajo); y
- ningún miembro de su hogar reciba beneficios SNAP en virtud del Proyecto de solicitud combinada SNAP (SNAP-CAP).

Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene preguntas, llame al número gratuito 2-1-1 o al 877-541-7905 (después de seleccionar un idioma, pulse 2).

Puede enviar esta solicitud después de escribir su nombre, dirección y firma.

Contacto principal (jefe del familia)				
Nombre (primer y segundo nombre, apellido) Josefina R Pena				
Domicilio - calle y número de apartamento	Ciudad	Estado	C. P.	Condado
Dirección postal (si es diferente a la dirección particular)				
Número de teléfono ()				
Si tenemos que hablar con usted por teléfono, ¿necesitará un intérprete? Podemos conseguirlo sin costo alguno para usted. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿en qué idioma? _____				

Agency Use Only/Solo para uso de la agencia						
Status <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> Recert	App/Case No.	Received in Wrong Office	Mail Code	Date Received	Data Broker <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Screened By:

Personas que solicitan beneficios, viven en su casa, ayudan con su caso

1. Háblenos de todas las personas que solicitan beneficios. (Si necesita más espacio, añada otra página.)

Nombre (primer y segundo nombre, apellido)	¿Cómo está esta persona relacionada con el contacto principal?	Fecha de nacimiento	Sexo (opcional)	Raza (opcional)	Origen étnico (opcional)	¿Inmigrante legal?		¿En la escuela?		¿Ciudadano estadounidense?		Número de Seguro Social
						Sí	No	Sí	No	Sí	No	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





2. Háblenos de las personas que no solicitan beneficios, pero que viven en su casa y compran y cocinan su comida por separado de las personas enumeradas en la pregunta 1. (Si necesita más espacio, añada otra página.) Todas las personas que vivan en su casa deben figurar en su respuesta a la pregunta 1 o a la pregunta 2.

Nombre (primer y segundo nombre, apellido)	¿Cómo está esta persona relacionada con el contacto principal?

3. Si lo desea, puede darle a alguien el derecho a actuar por usted (un representante autorizado).

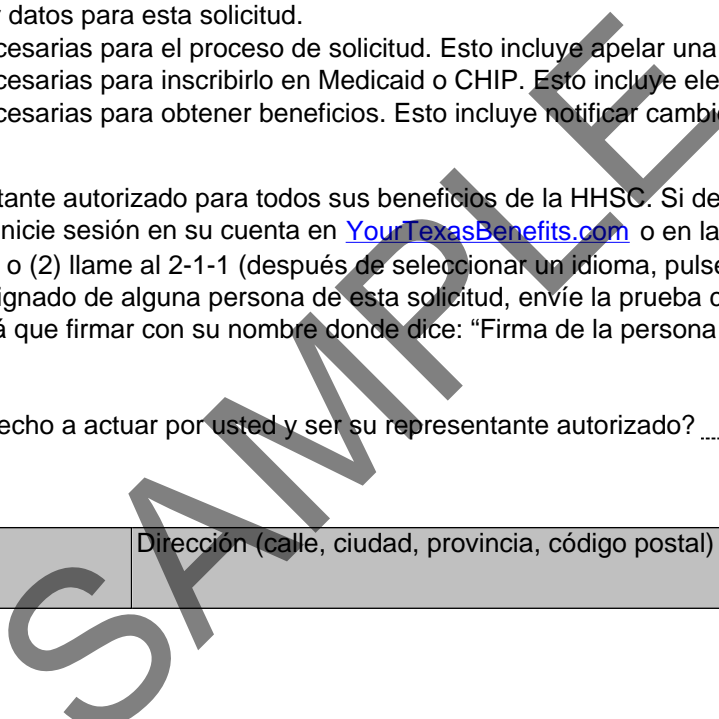
Esa persona puede:

- Proporcionar y obtener datos para esta solicitud.
- Tomar las medidas necesarias para el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar las medidas necesarias para inscribirlo en Medicaid o CHIP. Esto incluye elegir un plan de salud.
- Tomar las medidas necesarias para obtener beneficios. Esto incluye notificar cambios y renovar beneficios.

Solo puede tener un representante autorizado para todos sus beneficios de la HHSC. Si desea cambiar a su representante autorizado: (1) inicie sesión en su cuenta en YourTexasBenefits.com o en la aplicación móvil Your Texas Benefits y notifique un cambio o (2) llame al 2-1-1 (después de seleccionar un idioma, pulse 2). Si usted es un representante legalmente designado de alguna persona de esta solicitud, envíe la prueba con la solicitud. Al final de este formulario, esa persona tendrá que firmar con su nombre donde dice: "Firma de la persona que ayuda con este caso (representante autorizado)".

¿Quiere darle a alguien el derecho a actuar por usted y ser su representante autorizado? Sí No

Nombre	Dirección (calle, ciudad, provincia, código postal)	Número de teléfono
--------	---	--------------------





4. Cuando las personas rompen las reglas del programa, a veces “no reúnen los requisitos” para obtener beneficios. A las personas descalificadas se les envía una carta y se les dice que no pueden obtener ayuda en efectivo de TANF ni beneficios de alimentos de SNAP. ¿Alguien que vive en este domicilio no reúne los requisitos para recibir ayuda en efectivo de TANF o beneficios de alimentos de SNAP en algún lugar de los Estados Unidos? Sí No

5. ¿Alguien ha sido condenado por un delito que: (1) tuvo lugar después del 1 de septiembre de 2015, e (2) implicó drogas ilegales? Sí No

6. ¿Ha sido usted o algún miembro de su familia condenado como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de niños, un delito federal o estatal que implique una agresión sexual o un delito según la ley estatal determinado por el abogado en general como sustancialmente similar a dicho delito, después del 7 de febrero de 2014 y en cumplimiento de los términos de la sentencia? Sí No

7. ¿Se le ha acusado o condenado a usted o a algún miembro de su familia por un delito y huye de la policía, o ha roto alguna regla de su libertad condicional o bajo palabra? Sí No

8. ¿Ha recibido usted o algún miembro de su familia ganancias sustanciales provenientes de la lotería o del juego este mes? Sí No \$ _____

9. ¿Cuánto dinero tiene el hogar en efectivo \$ _____, cuenta de cheques \$ _____, cuenta(s) de ahorro \$ _____ ?

10. ¿Alguien es propietario o paga un auto, camioneta, barco, motocicleta u otro vehículo? Sí No

En caso afirmativo, proporcione los datos a continuación.

Vehículo 1

Nombre del propietario (primer y segundo nombre, apellido): _____

Marca y modelo: _____

Año: _____

Nombre del copropietario si también es propiedad de alguien fuera del domicilio: _____

El vehículo se utiliza para una persona con discapacidad Sí No

Dinero que aún se adeuda del vehículo: \$ _____

Vehículo 2

Nombre del propietario (primer y segundo nombre, apellido): _____

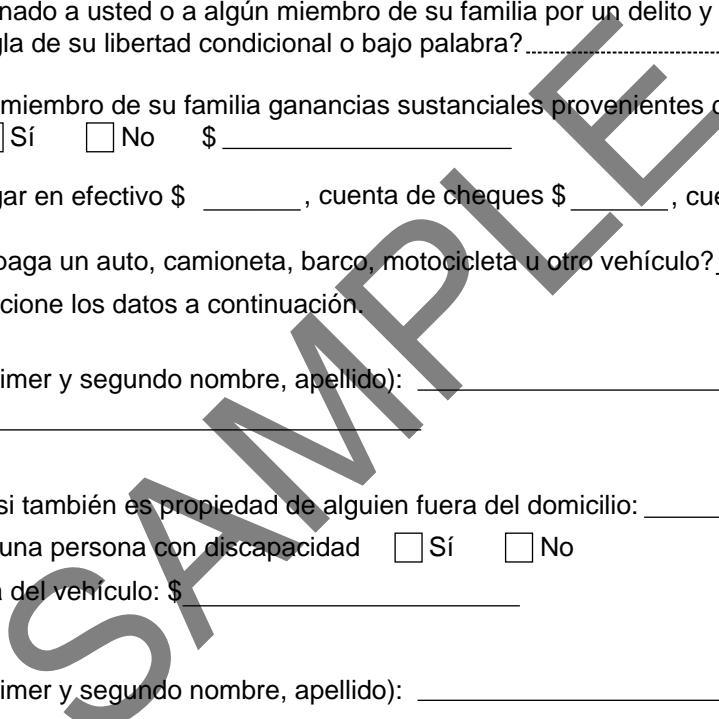
Marca y modelo: _____

Año: _____

Nombre del copropietario si también es propiedad de alguien fuera del domicilio: _____

El vehículo se utiliza para una persona con discapacidad Sí No

Dinero que aún se adeuda del vehículo: \$ _____





Dinero que ingresa en la casa

11. ¿Alguien de su casa recibe dinero de una capacitación laboral o del trabajo? Sí No

En caso afirmativo, en la tabla siguiente hablemos de cada persona que recibe este tipo de ingreso:

Persona que trabaja o está en capacitación	Nombre del empleador o lugar de capacitación	Número de teléfono del empleador o lugar de formación	Número de horas a la semana	¿Con qué frecuencia cobra?				Importe pagado (antes de que se apliquen los impuestos y las deducciones)	
				Diario	Una vez a la semana	Cada 2 semanas	2 veces al mes		Una vez al mes
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. Cuéntenos el tipo de ingresos que reciben todas las personas de la casa:

Tipo de ingreso	Persona que recibe dinero	Cantidad	¿Con qué frecuencia cobra?
SSI (Ingresos por Seguridad Suplementaria)			
Seguro Social (RSDI)			
Pensión o compensación de veteranos			
Compensación por discapacidad de veteranos			
Jubilación ferroviaria			
Otras pensiones			
Intereses, ingresos por alquileres, dividendos, regalías, pensión alimenticia			
Otros pagos por discapacidad			

13. ¿Alguien de la casa recibe dinero en efectivo, regalos, préstamos o dinero de padres, familiares, amigos u otros? Sí No

En caso afirmativo, díganos: (1) tipo de ingreso (2) cantidad (3) con qué frecuencia se paga (4) persona que recibe el dinero (5) persona que paga el dinero:





Costos que usted paga

14. Cuéntenos qué facturas pagan todos:

Tipo de ingreso	Sí	No	Total	Importe que pagan	¿Con qué frecuencia se facturan?
Costos médicos: ¿Alguien gasta más de \$35 al mes en costos médicos (médico, hospital, medicamentos, seguro médico, transporte) que: (1) sean para una persona con una discapacidad o 60 años o más y (2) no son pagados por Medicaid, Medicare u otro seguro? En caso afirmativo, envíe un comprobante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alquiler					
¿Alguien recibe asistencia para el alojamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pago de la casa					
Impuestos a la propiedad					
Gas natural/propano					
Electricidad					
Agua y alcantarillado					
Teléfono					
Préstamos					
Seguro para la casa					
Pensión alimenticia pagada por cualquier persona					
Otra					

15. ¿Alguna persona, organización o agencia ayuda a alguien de este caso a pagar los costos enumerados anteriormente (amigos, familiares, iglesias, etc.)? Sí No

En caso afirmativo, envíe un comprobante.

16. Suscribirse para votar:

Solicitar o rechazar registrarse para votar no afectará al monto de asistencia que le da esta agencia.

Si no está registrado para votar en su lugar de residencia, ¿desea solicitar registrarse para votar aquí hoy? Sí No

Al no marcar ninguna casilla, está indicando su decisión de no registrarse para votar en este momento. Si desea, podemos ayudarle a completar el formulario de registro de votante. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la División de Elecciones, Secretario de Estado, P.O. Box 12060, Austin, TX 78711. Teléfono: 800-252-8683





Solo para uso de la agencia - Agency Use Only: Voter Registration Status

Already registered Client declined Agency transmitted Client to mail Mailed to client Other: _____

Signature - Agency staff signature

Date

Información legal

Su derecho a un trato justo:

Se prohíbe a esta institución discriminar por su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, por religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA) también prohíbe la discriminación basada en la raza, el color, el origen nacional, el sexo, el credo religioso, la discapacidad, la edad, las creencias políticas o las represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para información del programa, como Braille, letra grande, cinta de audio o idioma de signos estadounidense, deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local donde soliciten beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Relevos llamando al 800-877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos del inglés.

Programa de asistencia nutricional complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [Formulario de quejas por discriminación del programa USDA, AD-3027, que se encuentra en línea](#) y en cualquier oficina de USDA. También puede escribir una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

(1) correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: 202-690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Para cualquier otra información relacionada con problemas del Programa de asistencia nutricional complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), puede ponerse en contacto con la línea directa USDA SNAP llamando al 800-221-5689, que también está en español. También puede llamar a los números de la Línea directa de información estatal. [Se encuentra en línea una lista de los números de atención telefónica por estado.](#)

Ciudadanía y estado de inmigración

Puede obtener beneficios para sus hijos que sean ciudadanos estadounidenses o inmigrantes legales, incluso si no es ciudadano estadounidense o inmigrante legal. No tiene que proporcionar su ciudadanía o el estado de inmigración para obtener beneficios para sus hijos. Solo debe proporcionar la ciudadanía o el estado de inmigración de las personas que desean obtener beneficios. Si no es ciudadano estadounidense o inmigrante legal, los únicos beneficios que podría obtener son los servicios Medicaid de emergencia. Recibir atención a largo plazo (Medicaid para personas de edad avanzada y personas con discapacidad) o ayuda en efectivo (TANF) podría afectar su estado de inmigración y sus posibilidades de obtener una tarjeta de residente permanente (tarjeta verde). Obtener otros beneficios no afectará a su estado de inmigración ni sus posibilidades de obtener una tarjeta de residente permanente. Es posible que quiera hablar con una agencia que ayude a los inmigrantes con cuestiones legales antes de presentar su solicitud. Si es refugiado o le han dado asilo, obtener beneficios no afectará sus posibilidades de obtener una tarjeta de residente permanente o de convertirse en ciudadano.





Números de Seguro Social

Solo tiene que proporcionar el número de Seguro Social (SSN) de las personas que solicitan beneficios. Proporcionar su SSN o solicitar uno es voluntario. Sin embargo, las personas que no proporcionan un número de Seguro Social o no solicitan uno, no podrán recibir beneficios. Si no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno si usted es ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal. Tiene que ser ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal para obtener un SSN. Si sus hijos tienen SSN, pueden recibir beneficios, aunque usted no tenga uno. No damos los SSN al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas. Usaremos los SSN para verificar cuánto dinero gana (ingresos), si puede recibir beneficios y la cantidad de beneficios que puede recibir. (7 C.F.R 273.6 para beneficios de alimentos; 45 C.F.R 205.52 para TANF, and 42 C.F.R 435.910 para atención medica.)

Declaración de comprensión

Datos que la HHSC tiene sobre mí

La HHSC utiliza datos sobre personas que solicitan beneficios para decidir: (1) quién puede obtenerlos y (2) la cantidad de beneficios. La HHSC compara los hechos con el sistema federal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad. Si algún dato no coincide, la HHSC comparará otras fuentes como bancos y empleadores. Si alguien que solicita beneficios tiene un número de registro de inmigración, HHSC debe consultar con el sistema de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS). La HHSC no proporcionará datos de nadie al USCIS.

En la mayoría de los casos, puedo ver y obtener datos que la HHSC tiene sobre mí. Esto incluye los datos que doy a la HHSC y los datos que la HHSC obtiene de otras fuentes, como las historias clínicas y los registros de empleo. Podría tener que pagar para obtener una copia de estos datos. Puedo pedir a la HHSC que corrija cualquier cosa que tenga algún error. No tengo que pagar para hacerlo. Para pedir una copia o corregir un error, puedo llamar al 2-1-1 o a mi oficina local de beneficios de la HHSC.

Mantener mis datos en privado

La HHSC mantendrá mis datos en privado si fueron recopilados:

- Por el personal de la HHSC o por el personal contratado del proveedor.
- Para averiguar si puedo obtener beneficios estatales.

La HHSC puede compartir datos sobre mí:

- Cuando sea necesario para que obtenga beneficios médicos estatales.
- Con empresas de telefonía y servicios públicos. Ellos averiguarán si se puede reducir el importe de mi factura. La HHSC les dará mi nombre, dirección y número de teléfono.

Decir la verdad

Sé que cualquier persona que solicite u obtenga SNAP:

- Debe decir la verdad.
- Nunca debe comercializar ni vender beneficios de SNAP, tarjetas Lone Star ni otros dispositivos que permitan obtener SNAP.
- Nunca debe usar o tener tarjetas Lone Star ni otros dispositivos si no le pertenecen.

Cualquier miembro de su hogar que intencionadamente infrinja las reglas podría:

- No obtener SNAP durante un año o más por el primer delito, dos años por el segundo y permanentemente por el tercero.
- Ser multado con hasta \$250,000, enviado a prisión por hasta 20 años o ambos.
- Perder reembolsos de impuestos sobre la renta.
- Estar sujeto a juicio según otras leyes federales y estatales aplicables.
- Ser excluido del SNAP durante 18 meses más si lo ordena un tribunal.
- Tener que devolver los beneficios.

Lo mismo sucede si alguien deja que otra persona use su tarjeta Lone Star.





Disposiciones civiles y penales para la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008

Sustancias controladas

Si un tribunal considera que usted es culpable de utilizar o recibir beneficios en una transacción que implica la venta de una sustancia controlada, no será apto para recibir beneficios durante dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda.

Venta de armas de fuego, municiones o explosivos

Si un tribunal considera que usted es culpable de utilizar o recibir beneficios en una transacción que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, no podrá participar en el programa de forma permanente a partir de la primera ocasión de tal infracción.

Beneficios de tráfico

Si un tribunal considera que usted es culpable de los beneficios de tráfico por un importe total de \$500 o más, no podrá participar en el programa de forma permanente a partir de la primera ocasión de tal infracción.

Informar cambios a mi caso:

Sé que debo notificar todos los cambios a mi caso en un plazo de 10 días desde que conozco el cambio. Los cambios que deben notificarse incluyen: (1) ingresos por lotería y apuestas y (2) dinero que reciba cualquiera de mi caso (ingresos).

Datos sobre que alguien dice o da HHSC

La HHSC utiliza los datos que recibe de cualquier persona, incluidos los números del Seguro Social, para:

- Comprobar si esa persona puede obtener beneficios.
- Comprobar los datos de esa persona con programas de correspondencia informática y agencias de informes de crédito.
- Asegurarse de que la persona sigue las normas del programa de beneficios.
- Ayudar a otras agencias a comprobar si esa persona puede obtener otros beneficios.
- Recuperar los beneficios que la persona no debía obtener.
- Compartir hechos sobre esa persona: (1) con otras agencias estatales y federales (por ejemplo, la Comisión de Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos); (2) con funcionarios del cuerpo de seguridad para que puedan encontrar personas en el caso de beneficios de esa persona (el hogar) que se buscan por huir de la ley; y (3) con agencias federales, estatales y privadas de cobro de reclamaciones para la acción de cobro de las prestaciones alimentarias en exceso. (Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, modificada, 7 U.S.C. 2011-2036.)





Al firmar a continuación, acepto:

- Permitir que las agencias estatales, federales y locales comprueben, compartan y obtengan datos sobre el caso de mis beneficios sociales (el hogar).
- Permitir que otras personas, empresas y organizaciones compartan datos que tengan sobre cualquier persona en mi caso de beneficios (el hogar) con la HHSC.
- Los datos que deben comprobarse y compartirse incluyen cualquier cosa que ayude a decidir: (1) quién puede obtener beneficios y (2) la cantidad de beneficios.

Certifico bajo pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, se me puede enjuiciar penalmente.

Firma de la persona que presenta la solicitud	Fecha		
Firma del testigo (solo es necesario si el contacto principal ha firmado con una X).	Fecha	Firma de la persona que ayuda con este caso (representante autorizado)	Fecha

Envíe este formulario por correo postal a:
Texas Health and Human Services Commission
P.O. Box 149024
Austin, TX 78714-9968
 o
por fax al:
877-447-2839

