



## SOLICITUD / REVALIDACIÓN DE CUPONES PARA ALIMENTOS



### ***Utilice este formulario solamente para solicitar los beneficios de cupones para alimentos***

Puede solicitar este formulario abreviado si solamente quiere solicitar el beneficio de cupones para alimentos. Si desea solicitar otros beneficios tales como, Asistencia Temporal, Asistencia para el Cuidado de Niños, Programa de Subsidio de Energía para el Hogar o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente.

*Esta solicitud es solamente para solicitar el beneficio de cupones para alimentos.*

### **Cuando usted solicita el beneficio de cupones para alimentos**

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si reúne los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha que somete su solicitud.
- Puede someter la solicitud antes de presentarse a la entrevista.
- Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, su domicilio (si tiene uno) y su firma. Esta información establece la fecha de presentación de la solicitud. Sin embargo, para determinar si usted reúne los requisitos debe llenar toda la solicitud y ser entrevistado(a).
- Usted puede solicitar y obtener cupones para alimentos para aquellos miembros de su hogar que satisfacen los requisitos exigidos, aun cuando usted o el resto de los miembros del hogar no reúnan los requisitos debido a la condición de inmigrante. Por ejemplo, los padres inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar los beneficios de cupones para alimentos para los hijos que sí reúnen los requisitos.
- Usted puede solicitar y cumplir con los requisitos de los beneficios de cupones para alimentos aun cuando ya haya finalizado su límite de tiempo para recibir Asistencia Temporal.

### **¿Necesita los beneficios de cupones para alimentos de inmediato?**

#### **Es posible que usted reúna los requisitos para la emisión acelerada de cupones**

Si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos, o éstos son escasos, o sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, o es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca con pocos ingresos y recursos, o sin ningún ingreso o recurso al momento de solicitar beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir los cupones dentro de 5 días calendario de sometida la solicitud. Como parte del proceso habitual, la persona a cargo de su caso analizará la situación de su hogar para determinar si cumple con las normas requeridas para el procesamiento acelerado de su solicitud. Existe un procedimiento que garantiza la emisión de beneficios de cupones para alimentos a todos los hogares que habilitan según las normas establecidas del proceso acelerado.

### **Dónde puede solicitar los beneficios de cupones para alimentos**

Si usted vive en las **afueras** de la ciudad de Nueva York, llame o visite su departamento local de servicios sociales del condado en el que vive y pida el paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al número gratuito **1-800-342-3009**.

Si vive en la **ciudad de Nueva York** y **no** está también solicitando Asistencia Temporal, llame o visite cualquier oficina de beneficios de cupones para alimentos y pida su paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando, libre de cargos, al **1-877-472-8411** o al **1-800-342-3009**.

### **¿No le es posible presentarse en nuestras oficinas para la entrevista?**

Si se le dificulta presentarse en nuestra oficina para sostener una entrevista (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud o de cuidado de niños), otra persona puede someter la solicitud en su representación. Además, usted puede enviar su solicitud por correo o dejarla en nuestras oficinas y en algunos casos, podemos entrevistarle por teléfono.

En caso de que tenga alguna pregunta, quiera saber si reúne los requisitos para concertar una entrevista telefónica o **necesite reprogramar una entrevista**, sírvase contactar a su departamento local de servicios sociales.

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE  
**SOLICITUD / REVALIDACIÓN DE CUPONES PARA ALIMENTOS**

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	<input type="checkbox"/> Apply <input type="checkbox"/> Recertify	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	----------	---	------

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Otro número de teléfono donde se le pueda localizar: \_\_\_\_\_  
 Dirección residencial: \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_ Ciudad 1, NY Código Postal \_\_\_\_\_  
 Dirección postal (si es diferente) \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_ Ciudad 1, NY Código Postal \_\_\_\_\_  
 Otro nombre: \_\_\_\_\_ Usted está:  Solicitando  Revalidando  Quiere recibir avisos en:  español e inglés  inglés solamente

<b>Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, la dirección de su domicilio (si tiene uno) y su firma en este encasillado.</b>	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE <u>2</u>	FECHA DE LA FIRMA
--	--	-------------------

**Incluya a todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando beneficios. Escriba su información personal en la línea uno.**

	Primer nombre	Inicial	Apellido	Número de Seguro Social del solicitante (si no tiene uno, escriba «No tiene»)	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo M F	¿Está solicitando beneficios esta persona?		Parentesco con usted	¿Compra y/o prepara las comidas con usted esta persona?		¿Hispano o Latino?	Indique S (Sí) o N (No) para cada código de raza*.						
								Sí	No		Sí	No								
1								✓		Yo mismo(a)	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

\*Códigos de raza o etnia: I – americano autóctono o nativo de Alaska, A – asiático, B – negro o afroamericano, P – nativo de Hawai o islas del Pacífico, W – Blanco, U – desconocido (MA SOLAMENTE)

¿Es usted y todas las personas que viven con usted, ciudadano(s) estadounidense(s)?  Sí  No En caso negativo, ¿quién no es ciudadano? \_\_\_\_\_  
 ¿Se ha emitido una orden de arresto en su contra o en contra de alguna de las personas que viven con usted por huir para evadir enjuiciamiento, custodia o reclusión por un delito mayor o intento de delito mayor?  Sí  No  
 ¿Está usted o alguna de las personas que viven con usted en violación de libertad probatoria (probation) o libertad bajo palabra (parole) impuesta por un juez?  Sí  No  
 ¿Ha sido usted o alguna de las personas que viven con usted, alguna vez suspendido(a) del programa de cupones para alimentos por fraude o violación intencional al programa?  Sí  No  
 ¿Está usted o alguna de las personas que viven en su hogar, solicitando o recibiendo Cupones para Alimentos o Asistencia Temporal en otro lugar?  Sí  No  
 ¿Está usted o alguna de las personas que viven con usted ciego(a), incapacitado(a) o embarazada?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Es usted o alguna de las personas que viven con usted, veterano de guerra?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Reside usted o alguna de las personas que viven con usted, en un centro de tratamiento por drogadicción o alcoholismo, residencia en grupo o apartamento subsidiado por el Estado con servicios de apoyo?  Sí  No  
 Si la presente es una revalidación de cupones, incluya en la página 6 todo cambio en las circunstancias de su hogar que haya ocurrido desde la última vez que presentó su solicitud o revalidación (por ejemplo: se mudó, tuvo un(a) niño(a), alguien vino a vivir a su hogar o se marchó del mismo).

## INGRESOS

Incluya **TODOS** sus ingresos y los de todas las personas que viven con usted. Las fuentes de ingresos pueden incluir, pero no se limitan, a los siguientes: **salarios, ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia (por ejemplo: cuidado de niños, tareas de limpieza, ingresos provenientes de un huésped o pensionista), sustento de menores, pensiones, beneficios para veteranos, incapacidad, seguro social o SSI, subsidios de becas para alquiler o alimentos, asistencia pública e ingresos provenientes de amigos o parientes.**

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Fuente del ingreso	Horas trabajadas por mes	¿Con qué frecuencia lo recibe? (por ejemplo: semanal, quincenal, mensual)	Cantidad en bruto recibida antes de las deducciones

¿Tiene usted o alguna persona que vive con usted, gastos por cuidado de niños/personas a cargo relacionados con un empleo o capacitación?  Sí  No *En caso afirmativo, ¿quién?* \_\_\_\_\_.

Cantidad pagada (\$) \_\_\_\_\_. ¿Con qué frecuencia se paga? (por ejemplo: semanal, mensual) \_\_\_\_\_.

Usted o alguna de las personas que vive con usted, ¿ha cambiado de trabajo, dejado el trabajo, o ha tenido una reducción en la fuente de ingresos en los últimos 30 días - incluyendo menos horas de trabajo o menos ingresos?  Sí  No

¿Cuenta usted o alguna de las personas que viven con usted, con un ingreso potencial que aún no ha recibido?  Sí  No *En caso afirmativo, explique en la página 6.*

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted, Asignación para Necesidades Personales (PNA) o Asignación para Alimentos?  Sí  No *En caso afirmativo, ¿quién?* \_\_\_\_\_.

¿Ha ahorrado usted o alguna de las personas que viven con usted, ingresos bajo el programa autorizado de la Administración de Seguro Social PASS: Plan para la autosuficiencia?

Sí  No *En caso afirmativo, ¿quién?* \_\_\_\_\_.

¿Está usted o alguna de las personas que vive con usted, participando en una huelga?  Sí  No *En caso afirmativo, ¿quién?* \_\_\_\_\_.

## RECURSOS

**Los recursos no afectan la habilitación de la mayoría de los hogares que solicitan cupones. Sin embargo, ciertos datos referentes a los recursos se utilizan para determinar si usted puede recibirlos por medio del procesamiento acelerado.**

¿Cuánto dinero tienen las personas que viven en su hogar? (Por ejemplo: cuánto tienen consigo, en su hogar, en la cuenta corriente y de ahorros y demás, incluyendo cuentas en tenencia conjunta).

\$ \_\_\_\_\_ pertenecen a \_\_\_\_\_

¿Otros activos financieros? (Por ejemplo: acciones, bonos, cuentas de jubilación, bonos de ahorro, fondos mutuos, cuentas de jubilación (IRA), fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero)

Sí  No *En caso afirmativo, cantidad en \$ \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_*

¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tiene usted o las personas que viven con usted?

\_\_\_\_ Nº 1 Año \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Nº 2 Año \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_

¿Acaso usted o alguno de los solicitantes, es dueño(a) de alguna propiedad, incluyendo casa propia?  Sí  No *En caso afirmativo, indique propiedad \_\_\_\_\_ Propietario \_\_\_\_\_*.

¿Alguno de los solicitantes vendió, regaló o transfirió dinero o propiedades durante los últimos tres meses a fin de reunir los requisitos para recibir cupones?  Sí  No

## VIVIENDA Y GASTOS

Marque todas las descripciones que correspondan a su hogar:

Vivienda propia o la está pagando  Renta  Trabajador migrante estacional de finca  No tiene residencia permanente  Vive con parientes o amigos

Indique gastos:

Pagos mensuales de alquiler o hipoteca \$ \_\_\_\_\_ Impuestos inmobiliarios anuales \$ \_\_\_\_\_ Seguro anual de la casa \$ \_\_\_\_\_.

¿Paga calefacción por separado?  Sí  No. *En caso afirmativo, especifique qué tipo de calefacción:  Gas  Electricidad  Fuel oil  Leña  Carbón  Propano  Otro (Indique) \_\_\_\_\_.*

Nº de cuenta que tiene con la compañía de calefacción \_\_\_\_\_

**Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.**

**Vaya a la página 3**

## VIVIENDA Y GASTOS (continuación)

¿Paga por aire acondicionado, ya sea en la factura de electricidad o por separado?  Sí  No

¿Paga los servicios públicos por separado (*aparte de la calefacción / aire acondicionado*)?  Sí  No (*por ejemplo: luz, gas para cocinar, gastos de lavandería, recolección de desperdicios y basura, agua, pago inicial por acceso a servicios públicos*).

¿Paga alguna otra persona estos gastos por usted (*por ejemplo: Sección 8 u otro programa de subsidio*)?  Sí  No *En caso afirmativo, ¿quién paga qué?* \_\_\_\_\_

¿Paga usted o alguna de las personas que vive con usted, sustento de menores por orden judicial?  Sí  No *En caso afirmativo, ¿quién?* \_\_\_\_\_

Nombre o nombres del niño o niños por los cuales se paga sustento de menores \_\_\_\_\_

Cantidad del pago \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia del pago (*por ejemplo, semanal, quincenal, mensual*) \_\_\_\_\_

¿Usted y/o alguna de las personas que viven con usted es ciego(a), incapacitado(a) o tiene por lo menos 60 años de edad? En caso afirmativo, ¿Tiene dicha persona gastos médicos?  Sí  No

*En caso afirmativo, haga una lista en la página 6 de dichos gastos indicando el tipo de gasto, el monto y quién es el responsable de dichos gastos.*

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted Medicaid con requisito de sobrante (*spenddown*)?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ monto \$ \_\_\_\_\_

¿Usted o alguna de las personas que vive con usted (*de 16 años de edad o mayor*) asiste a la escuela o participa en algún programa de capacitación?  Sí  No

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

**Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.**

## LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

**ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)** - Toda información que brinde en relación con su solicitud para recibir los cupones para alimentos estará sujeta a la verificación por autoridades federales, estatales y municipales. De encontrarse información inexacta, se le podrán denegar los cupones. Se le someterá a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información incorrecta.

**Nunca más** podrá obtener beneficios de cupones para alimentos si se le declara culpable por segunda vez en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere receta médica) a cambio de cupones; o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de cupones; o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de traficar cupones para alimentos por un valor de \$500 o más. El tráfico incluye el uso ilegal, la transferencia, la adquisición, la manipulación o la posesión ilegal de cupones para alimentos, tarjetas de autorización o elementos de acceso; o si es declarado culpable de cometer la tercera Violación Intencional al Programa (IPV).

No podrá recibir cupones para alimentos durante dos años si se le declara culpable, por primera vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas que sólo se pueden comprar con receta médica) a cambio de cupones para alimentos.

Si ha cometido su: ■ Primera IPV, no podrá recibir los cupones por el periodo de un año. ■ Segunda IPV, no podrá recibir los cupones por un periodo de dos años.

También, un tribunal de justicia puede prohibirle recibir beneficios de cupones durante un periodo de 18 meses adicionales. Si hace una declaración falsa sobre su identidad o domicilio a fin de recibir beneficios múltiples de cupones, no podrá recibir cupones durante un periodo de diez años (o **en forma permanente** si ésta es su tercera IPV).

Se le puede declarar culpable de una IPV si presta testimonio falso o engañoso, o hace representaciones falsas, oculta o retiene datos; o comete un acto que constituya una violación de la ley federal o estatal con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar cupones, tarjetas de autorización o documentos reusables pertenecientes al sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Se le impondrá una multa de hasta \$250,000, pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones.

No reunirán los requisitos para recibir los beneficios de cupones para alimentos aquellas personas que estén prófugas de la justicia para evadir un juicio, proceso o reclusión por un delito, o que violen el período de libertad probatoria o libertad bajo palabra.

Si usted recibe un monto mayor de beneficios de cupones para alimentos de los que debiera recibir (pago en exceso), debe devolverlo. Si su caso está activo, deduciremos el monto en exceso de los pagos futuros de cupones que usted reciba. Si su caso está cerrado, usted puede devolver el monto en exceso regresando cualquier monto no utilizado de cupones que reste en su cuenta, o puede pagar en efectivo.

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)**

Si usted recibió un pago en exceso que todavía no ha reembolsado, dicho pago se le cobrará de diversas maneras, inclusive por medio del cobro automático por parte del gobierno federal. El beneficio federal (tal como el Seguro Social) y los reembolsos de impuestos que a los que usted tenga derecho, se podrán retener como pago de la deuda a la cual también se le agregará cargos de tramitación.

Todo monto de beneficio de cupones que haya sido retirado de la cuenta de cupones se acreditará a la deuda del pago en exceso. Si usted solicita nuevamente cupones para alimentos y tiene una deuda de pago en exceso pendiente, ésta se deducirá del nuevo monto de cupones que usted reciba y se le notificará del nuevo monto reducido de beneficios que recibirá.

**CONSENTIMIENTO:** entiendo que al firmar esta solicitud doy mi consentimiento para que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) realice toda investigación necesaria a fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, o para cualquier otra investigación realizada en relación con mi solicitud de cupones para alimentos. Proporcionaré información adicional si se requiere. Además, cooperaré con el personal estatal y federal en la realización de toda revisión de control de calidad pertinente al programa de cupones para alimentos.

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE SEGURO DE DESEMPLEO:** autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York a divulgar toda información confidencial, relativa al seguro de desempleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York. Dicha información incluye datos sobre reclamos de beneficios de seguro de desempleo y registros salariales. Entiendo que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados, junto con los empleados de organismos locales y estatales que trabajan en oficinas de distrito de servicios sociales locales, utilizarán la información del seguro de desempleo para establecer o verificar si se reúnen los requisitos, y el monto de los beneficios de Asistencia Temporal, Asistencia Médica y de Cupones para Alimentos solicitados en la presente solicitud, y con el fin de investigar si tenía derecho a los beneficios que recibí.

**INFORMACIÓN SOBRE SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA):** entiendo que los beneficiarios de cupones para alimentos reúnen los requisitos en base a una categoría de ingresos establecida por el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP destinado a ciertos beneficiarios de cupones para alimentos, tengo intenciones de solicitarlo dentro de los próximos 12 meses. Si decido no solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses, le informaré de dicha situación a la persona a cargo de mi caso.

**INFORMACIÓN SOBRE ASIGNACIÓN PARA SERVICIOS TELEFÓNICOS:** entiendo que los beneficiarios de cupones para alimentos reúnen los requisitos para recibir una subvención telefónica si pagan por servicio telefónico residencial, teléfono celular, teléfono, tarjeta telefónica o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

**CAMBIOS:** acepto informar **con prontitud** a la agencia de todo cambio que se produzca pertinente a mis necesidades, ingresos, propiedades, condiciones de vivienda o domicilio, según mi leal saber y entender, y según lo establecen las normas vigentes sobre informe de cambios.

**RESPONSABILIDAD DE REPORTAR / VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR:** entiendo que mi hogar debe reportar gastos por cuidado de niños y servicios públicos para poder obtener deducciones por estos gastos con relación al programa de cupones (FS). Además, entiendo que mi hogar deberá reportar y comprobar los pagos por alquiler / hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y sustento de menores pagados a toda persona que no sea miembro del hogar, con el fin de obtener una deducción por estos gastos en los cupones. Entiendo que el no reportar / no verificar los gastos anteriores se interpretará como una declaración por parte de mi hogar de que yo no quiero, o de que nosotros no queremos obtener la deducción por tales gastos no reportados / no verificados. La deducción por estos gastos podría habilitarme para recibir cupones o aumentar mis beneficios de cupones. Entiendo que puedo reportar / verificar estos gastos cuando lo desee en el futuro. Esta deducción se aplicará luego al cálculo de beneficios de cupones en meses subsiguientes, según las reglas sobre informe y proceso de cambios.

**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - RECOPIACIÓN Y USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN):** la recopilación de los números de seguro social de cada miembro del hogar, con respecto a los cupones, está autorizada conforme la ley que rige al Programa Cupones para Alimentos de 1977 (enmendado, 7 US Code 2011-2036). Toda información recopilada servirá para determinar si su hogar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para recibir los beneficios. Verificaremos esta información por emparejamiento computarizado de datos. Esta información se utilizará para verificar el cumplimiento de las reglas del programa y para la administración del mismo. La información también se usará para verificar identidad, ingresos devengados y no devengados, y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Esta información podrá divulgarse a agencias estatales y federales para una revisión oficial y a autoridades del orden público con el propósito de arrestar a toda persona prófuga de la justicia.

Si usted o toda persona que realice la solicitud o revalidación no tiene número de Seguro Social, deberá solicitar uno ante la Administración del Seguro Social.

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)**

**CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE / CONDICIÓN MIGRATORIA:** declaro bajo juramento y/o afirmo so pena de perjurio que la información que presenté sobre mi ciudadanía estadounidense o condición migratoria, y la de las personas que viven en mi hogar es verdadera y correcta. Entiendo que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (*United States Citizenship and Immigration Services*) puede examinar la veracidad de la información que proporcione con relación al estado migratorio del/de los solicitante(s) de cupones para alimentos.

**Con relación al Programa de beneficios de cupones para alimentos,** debe documentarse la ciudadanía estadounidense sólo si existe duda.

**AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS:** según legislación federal y los principios generales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (Department of Agriculture, USDA), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o incapacidad. Si desea presentar una queja por discriminación, envíe su carta al: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que brinda igualdad de oportunidades.

**LIFELINE: solicitantes / beneficiarios de cupones para alimentos:** es posible que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (*NYS Office of Temporary and Disability Assistance*) revele su nombre y domicilio a su compañía telefónica. La compañía telefónica posiblemente utilice esos datos para inscribirlo en el servicio de descuento telefónico conocido como *Lifeline*.

Si no desea que se revelen esos datos marque este casillero

Puede comunicarse directamente con su compañía telefónica para inscribirse en el servicio de descuento telefónico conocido como *Lifeline*.

**Solamente** los solicitantes o beneficiarios de Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía telefónica para inscribirse en el servicio de descuento telefónico conocido como *Lifeline*.

**REPRESENTANTE AUTORIZADO:** usted puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar para que **solicite** los cupones por usted. Además, también puede autorizar a otra persona que no sea miembro de su hogar, para que obtenga los cupones en su representación y compre los alimentos por usted. Si desea autorizar a otra persona, deberá hacerlo por escrito.

Usted deberá escribir en letra de molde, el nombre de dicha persona, el domicilio y el número de teléfono en la sección que aparece más adelante. Cuando un representante autorizado solicita los beneficios de cupones para alimentos a favor de una familia que no reside en una institución, tanto el representante autorizado como el jefe de familia deben firmar y fechar la sección de firmas al pie de esta página.

**SI QUIERE AUTORIZAR A OTRA PERSONA, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE COMPLETO, EL DOMICILIO Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA DIRECTAMENTE A CONTINUACIÓN.**

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN:** juro y/o declaro so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito local de Servicios Sociales es verdadera.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL ESPOSO / ESPOSA	FECHA DE LA FIRMA
X		X	
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA DE LA FIRMA		
X			

**SI USTED AYUDÓ A OTRA PERSONA A LLENAR ESTA SOLICITUD / REVALIDACIÓN, ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE SUYO Y DOMICILIO EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE. PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.**

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Utilice esta página para información adicional:

¿Quién?: \_\_\_\_\_ Explicación:

¿Quién?: \_\_\_\_\_ Explicación:

¿Quién?: \_\_\_\_\_ Explicación:

11

**ACEPTO RETIRAR MI SOLICITUD / REVALIDACIÓN.** Entiendo que puedo volver a presentar una solicitud cuando yo quiera.

FIRMA

12

FECHA

**Para uso exclusivo de la agencia (For Agency Use Only)**

Eligibility Determined by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Employed by:  Social Services District  Provider Agency

(Specify) \_\_\_\_\_

Reason \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Withdrawal  Denial  Recert. Closing

Eligibility Approved by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

FS Authorization Period: From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

**IN-PERSON INTERVIEW**  **TELEPHONE INTERVIEW**

**Comments:**