



Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts

BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS PARA USTED Y SU FAMILIA

¡HAGA LA SOLICITUD HOY!

¡ES MAS FACIL DE LO QUE USTED SE IMAGINA!

COMO HACER LA SOLICITUD

Para solicitar beneficios de alimentos, por favor llene esta solicitud y devuélvala. Usted debe enviar la solicitud por correo, fax o lleve la solicitud a la oficina del Departamento de Asistencia Transicional de servicio a la ciudad o pueblo donde usted reside. Si usted no esta seguro de la ubicación de ésta oficina por favor llame al número telefónico **1-866-950-FOOD** o visite nuestra página Web a **www.mass.gov/dta**.

IMPORTANTE: Aceptamos su solicitud si incluye su nombre, dirección (si tiene una dirección) (Página 1) y su firma (Página 5). Esta información mínima establecerá su fecha de solicitud. Sin embargo, la información restante en el formulario debe ser concluida y debemos entrevistarle para determinar su elegibilidad. Si usted es elegible, sus beneficios de cupones de alimentos empezarán desde la fecha en que recibimos su solicitud.

Por favor trate de contestar todas las preguntas en la solicitud. Si tenemos toda su información, de ésta manera podemos actuar más rápido con su aplicación. Si no esta seguro de lo que una de las preguntas significa o como responderla, déjela en blanco y hablaremos sobre ésta pregunta durante su entrevista. Después de recibir la solicitud nos comunicaremos con usted para hacerle una entrevista y las preguntas correspondientes. Esta entrevista se llevará acabo en la oficina donde usted devolvió la solicitud o por teléfono. Si usted necesita un intérprete para ayudarle a completar éste formulario o para la entrevista, infórmenos y le tendremos un intérprete disponible. Listaremos el tipo de información necesaria para su solicitud. Por favor mire la lista y reúna las pruebas que usted necesitará.

PUEDE QUE USTED RECIBA LOS BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS DURANTE SIETE DIAS SI:

- El total de sus ingresos y dinero en el banco es menos que los gastos mensuales de su hogar; o si
- Su ingreso mensual es menos de \$150 y el dinero en el banco es \$100 o menos; o si
- Usted es un trabajador inmigrante y el dinero en el banco es menos de \$100.

Si nosotros decidimos que usted no puede recibir los beneficios de cupones alimenticios dentro de 7 días (servicio urgente) y usted no está de acuerdo, o si se determina que usted es elegible para el servicio urgente pero usted no recibe los beneficios de cupones alimenticios en el séptimo día después de la fecha de su solicitud, usted tiene el derecho a una conferencia con el supervisor. Para solicitar beneficios de cupones de alimentos, usted debe dar prueba de sus ingresos, gastos y otra información. Usted únicamente debe mostrar pruebas de la información que sean dirigidas al solicitante. Por ejemplo, si usted no tiene un trabajo, entonces usted no debe preocuparse sobre los ingresos ganados en el siguiente listado.

Cuando usted reciba los beneficios de cupones de alimentos, usted recibirá una cuenta, semejante a la cuenta bancaria. Cada mes, se colocarán los beneficios de cupones de alimentos en su cuenta. Para usar los beneficios de cupones de alimentos usted recibirá una tarjeta de acceso de Bay State (Bay State Access card) que usted usará como una tarjeta de cajero automático o como una tarjeta de crédito. Su privacidad es importante y usando la tarjeta de acceso de Bay State le ayudará a mantener esa privacidad. Usted puede usar esta tarjeta en tiendas de comestibles, tienda de autoservicio, mercados o cooperativas (CO-OPS). Usted la usará de la misma manera que la usaría cuando usted compra los alimentos con una tarjeta debito/cajero automático o tarjeta de crédito.

Información que debe brindar, si son dirigidas hacia el solicitante, para poder recibir los beneficios de cupones de alimentos.

1. **Prueba de Identificación:** La licencia de conducir, el certificado de nacimiento u otra manera de comprobar su identidad.
2. **Prueba de residencia en el estado de Massachusetts:** Hipoteca, impuestos, seguro de vivienda o cuentas por servicios, recibo de la renta o alquiler. Ciertos hogares no podrán verificar su residencia razonablemente.
3. **Ingresos Ganados:** Extracto de pago o una declaración de su empleador mostrando el ingreso anterior de los impuestos de las últimas cuatro semanas.
4. **Otros Ingresos:** Una copia más reciente del cheque del Seguro Social o copia de la carta de compensación, prueba de desempleo, o indemnización laboral, pensión, mantenimiento de hijos o pensión alimenticia.
5. **Negocio Propio:** La declaración de renta federal más reciente (Formulario Schedule C) o registros de negocio de los últimos tres meses.
6. **Ingresos de Alquiler:** Si alguien le paga por alquilar un cuarto o apartamento, presente una copia del éste acuerdo o una declaración del arrendatario mostrando la cantidad pagada por éste.
7. **Status de Extranjero Residente:** Para todos los extranjeros residentes en Estados Unidos que solicitan para los beneficios de cupones de alimentos, tarjeta de registro de extranjero u otro documento de inmigración.
8. **Cuentas Bancarias:** resúmenes de cuentas bancarias más recientes, libreta de depósitos al día, registros de la cooperativa de crédito, acciones, bonos, CDS, cuentas individuales de jubilación (IRA) y cuentas Keogh.

Información que el solicitante debe proveer de acuerdo a su solicitud, para recibir beneficios más altos de cupones de alimentos. *Las reglas de los cupones alimenticios dejan que usted descuenta algunos gastos de sus ingresos contables. Si usted prueba con cualquiera de los siguientes gastos de este listado, usted podrá recibir cupones de alimentos más altos.*

1. **Valor de Alojamiento:** La cantidad que usted paga por alojamiento se puede ver en el recibo de su arrendamiento o el acuerdo del alquiler. Dueños de casa pueden verificar a través de su extracto hipotecario, impuestos, o cuentas del seguro del hogar.
2. **Servicios Públicos:** El tipo de gastos de servicios públicos que usted paga como de petróleo, gas, cuentas de electricidad, teléfono (incluyendo el teléfono celular), u otros servicios públicos como los gastos de servicios municipales, madera, o carbón.
3. **Gastos Médicos:** Si usted o alguien en su hogar tiene 60 años de edad o es mayor de ésta edad, o tiene una incapacidad certificada, la cantidad que usted paga por sus gastos médicos se pueden comprobar con recibos de co-pagos o primas de seguro medico, dentadura postiza, anteojos, auditivos auxiliares, baterías, recetas medicas, recetas medicas dadas por el doctor para aliviar el dolor, medicamentos de venta libre, y transportación que usted paga para ir a estos servicios médicos.
4. **Gastos para el Cuidado Infantil o Cuidado de un Adulto Dependiente:** La cantidad que usted paga por los gastos de cuidado dependiente se pueden comprobar a través de una declaración por escrito de su proveedor de cuidado infantil o un cheque cancelado o giro postal pagado al proveedor por éste cuidado.
5. **Pagos de la manutención de hijos:** Si usted le paga a alguien que no vive con usted la manutención de hijos, compruebe la obligación legal para hacer el pago y la cantidad pagada.

Después de su entrevista, usted recibirá una lista de la información que usted debe mostrar. **Extracto de pago, cuentas de los servicios públicos, y otras pruebas, estos documentos no pueden tener una fecha de más de cuatro semanas desde que usted haya hecho la solicitud.**



El Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts

Solicitud para Beneficios de Cupones de Alimentos

Fuente: (por favor marcar una)

- Gerente Ejecutivo Proyecto Bread
 DMH DMR BMC
 Comedor a Beneficio MRC
 Otro _____

1. Información personal (llene todos los cuadros) Si usted es un extranjero y decide NO solicitar para los beneficios de cupones de alimentos, usted no necesita darnos su número de Seguro Social o su estatus de inmigración.			
Apellido	Nombre	La Letra Inicial del Segundo Nombre	Número de Seguro Social
¿Es éste su nombre? (marcar uno) <input type="checkbox"/> Nombre de Nacimiento <input type="checkbox"/> Apellido de Soltera/o <input type="checkbox"/> Apellido de Casado/a <input type="checkbox"/> Apellido del Matrimonio Anterior <input type="checkbox"/> Seudónimo			
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	¿Esta usted embarazada? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Estatus Marital (marcar uno) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viuda			
¿Que idioma prefiere ?			
Su origen étnico (marcar uno). Se necesita esta información para estar seguros que toda persona sea tratada justamente. Su respuesta es voluntaria y esto no afectará su elegibilidad y la cantidad de beneficios. <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Asiático/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro no de descendencia Hispana <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco no de descendencia Hispana <input type="checkbox"/> Americano de Alaska			
¿Tiene usted una situación específica? (Marcar las casillas que correspondan.) <input type="checkbox"/> Trastornos Físicos/Mentales <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva <input type="checkbox"/> Discapacidad Visual <input type="checkbox"/> Requiere Interprete <input type="checkbox"/> Requiere Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro _____			

2. Información sobre su residencia o localización (Contestar todas las casillas.)			
Su dirección Actual	Número y calle	Apt #	Ciudad, Estado, Código Postal
¿Es usted desamparado? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		¿Es su dirección actual temporánea? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
		¿Es su dirección actual su dirección postal? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Si su dirección es temporal, indique su dirección permanente.			
Si usted tiene una dirección postal diferente, por favor indique.			
Su número o números telefónicos durante el día (_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____ Hora en la cual podemos comunicar con usted por teléfono durante el día: Hora: _____ Marque los días que sean disponibles: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes			
La vivienda donde usted vive es una <input type="checkbox"/> Vivienda privada <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Comercial Boarding House <input type="checkbox"/> Vivienda Transicional <input type="checkbox"/> Complejo Residencial <input type="checkbox"/> Vivienda proporcionada por su empleador <input type="checkbox"/> Programa de vivienda para adolescentes <input type="checkbox"/> Acampada Migratoria <input type="checkbox"/> Alojamiento			

3. Persona quien le ayuda con su solicitud			
Apellido	Nombre	La Letra Inicial del Segundo Nombre	Número Telefónico
Número y Calle	Ciudad/Pueblo	Estado	CÓDIGO POSTAL

4. Representante Autorizado	
¿Desea usted dar permiso a esta persona u otra persona para solicitar o recibir los beneficios de cupones de alimentos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

5. Permiso para una entrevista en persona

Si usted no puede atender la entrevista a la oficina del DTA, por favor indicar sus razones.

Anciano/Incapacitado Problemas con el Transporte Trabajo durante las horas de trabajo de la oficina de DTA
 Cuidado Infantil/Cuidado de un Miembro Incapacitado del Hogar Otra _____

IMPORTANTE: Asegúrese de indicar su número o números telefónicos en la Pagina 1. Necesitamos comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta sobre su solicitud o para entrevistarle por teléfono.

6. Preguntas sobre el estatus de Ciudadanía

a. ¿Es usted y todos los miembros de su hogar ciudadanos americanos de nacimiento o naturalización? si no
 Si su respuesta es si, por favor siga a la Pregunta 7. Si su respuesta es No, siga con la parte b.

b. Bajo las reglas de cupones alimenticios (106 CMR 362.220), un extranjero que no pueda o no está dispuesto a proveer la información del estatus migratorio o número de Seguro Social; debido al estatus de inmigración no necesita dar ésta información. Este extranjero no será elegible para los beneficios de cupones alimenticios. Sin embargo, los miembros restantes del hogar, pueden solicitar estos beneficios.

1. Dar a conocer cualquier miembro/s del hogar que **NO** desea solicitar para los beneficios de cupones de alimentos:

2. Marcar esta casilla si todos los miembros desean hacer esta solicitud:

7. Violencia Doméstica

¿Es usted o algún miembro del hogar víctima de violencia doméstica en este momento o anteriormente? si no

8. Información Sobre las Personas con que usted vive – Por favor liste todas las personas que viven con usted, pero no se incluya.
 (Adjunte una hoja por separado si es necesario). Extranjeros que viven con usted y no desean solicitar para los beneficios de cupones alimenticios, no es necesario informarnos el número del Seguro social de esta persona o el estatus migratorio.

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación o parentesco
¿Ustedes compran o preparan los alimentos juntos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		¿Esta persona está solicitando para los beneficios de cupones de alimentos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social	
Estatus Marital			¿En embarazo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación o parentesco
¿Ustedes compran o preparan los alimentos juntos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		¿Esta persona está solicitando para los beneficios de cupones de alimentos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social	
Estatus Marital			¿En embarazo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación o parentesco
¿Ustedes compran o preparan los alimentos juntos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		¿Esta persona está solicitando para los beneficios de cupones de alimentos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		Número de Seguro Social	
Estatus Marital			¿En embarazo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

9. ¿Hay **menores de 18 años de edad viviendo con usted que no son sus hijos**, y que **no** están bajo su supervisión y control? si no
 Si su respuesta es **si**, ¿Quién? _____

10. ¿Hay alguien viviendo con usted que sea **ocupante** o **residente** (persona quien paga un cuarto o paga un cuarto con alimentación)?
 si no Si su respuesta es **si**, ¿Como se llama ésta persona? _____

11. ¿Se han hecho **pagos de cuidado tutelar** para alguien que vive con usted? si no
 Si su respuesta es **si**, ¿para quien se han hecho estos pagos? _____

12. ¿Es usted o alguna persona que vive con usted **residente de otro estado fuera de Massachusetts** u otro país fuera de los EE.UU. o usted y otra persona que vive con usted tiene intención de mudarse de Massachusetts? si no
 Si su respuesta es **si**, ¿quien no es un residente del estado o tiene la intención de mudarse? _____

13. ¿Es usted o una de las personas que vive con usted **Extranjero sin Ciudadanía Estadounidense**? si no
14. ¿Desea usted **registrarse para votar** o alguna persona mayor de 18 años de edad, ciudadano estadounidense, o residente de Massachusetts que viva con usted? si no
Si su respuesta es **si**, ¿Quién desea registrarse? _____
15. ¿Tiene usted o cualquier persona que viva con usted **incapacidad** física o mental sea temporal o a largo tiempo? si no
Si su respuesta es **si**, ¿Quién está incapacitado? _____

16. Ganancias							
¿Está usted trabajando actualmente o alguien que viva con usted o que hayan trabajado en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
Si su respuesta es si , complete la siguiente sección. (Adjunte una hoja por separado si es necesario.) IMPORTANTE: Asegúrese de completar esta sección si usted o alguien que viva con usted trabaja por si mismo.							
Apellido				Nombre			
Nombre del Empleador, Dirección y Número Telefónico							
Cargo	Fecha de Inicio	Día de Terminó	Sueldo por Hora \$ _____	Horas Semanales	Propinas Semanales \$ _____	¿Con que frecuencia recibe pagos?	¿Trabajo Permanente? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Si el trabajo ha finalizado, fecha del ultimo día _____

Registrar la información de los sueldos más recientes aquí:

De	Fecha Para	Cantidad Bruta	Horas
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	

17. Otros Ingresos				
¿Es usted u otra persona que vive con usted elegible para recibir o está recibiendo cualquier otro tipo de ingreso como Indemnización o Seguro de desempleo, Manutención de hijos, Seguro Social, SSI, Indemnización Laboral, Beneficios para los Veteranos, Pensiones, Ingresos de Alquiler? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
Si su respuesta es si , complete la siguiente sección. (Adjunte una hoja por separado si es necesario.)				

Nombre	Tipo de Ingreso	Cantidad	¿Qué tan frecuente se recibe?	Fecha de Iniciación del Ingreso

18. ¿Usted o cualquier persona viviendo con usted tiene un decreto/orden judicial (obligación legal) para pagar **la manutención de los hijos** para un menor que no vive con usted? si no
¿Con que frecuencia se paga? Mensual Semanal Cantidad \$ _____
19. ¿Usted o alguien que vive con usted tiene **gastos de cuidado infantil o cuidado para un adulto dependiente**? si no
¿Con que frecuencia se paga? Mensual Semanal Cantidad \$ _____
20. ¿Tiene usted o alguien que viva con usted que sean mayor de 60 años o esté incapacitados **gastos de seguro para la salud**? si no
¿Con que frecuencia se paga? Mensual Semanal Cantidad \$ _____
21. ¿Tiene usted o alguien que viva con usted que sea mayor de 60 años o esté incapacitado **gastos de menudo médicos**? si no
Si su respuesta es **si**, complete la siguiente sección.

Nombre	Tipo	¿Con que frecuencia paga usted?	Cantidad	Fecha de Inicio del Pago

22. Gastos de Alojamiento

¿Que tipo de gastos de alojamiento tiene usted?

Alquiler/Hipoteca si no
 Impuestos sobre bienes inmuebles si no
 Otros si no

Cantidad mensual de Alquiler/Hipoteca \$ _____

23. Gastos para Servicios Públicos

¿Qué tipo de gastos de servicios públicos usted paga por separado de su arriendo?

El costo de calefacción (gas, petróleo, o electricidad) y/o aire acondicionado si no
 Cualquier otro servicio publico (fuera de la calefacción, aire acondicionado) si no
 Solo un teléfono, incluyendo el teléfono celular si no

¿Paga usted por los gastos de la calefacción o aire acondicionado por separado de su arriendo? si no¿Ha recibido usted o piensa que recibirá beneficios de Asistencia Energética? si no**24. Preguntas Sobre Dinero en el Banco u otros Bienes**

Si es un hogar con niños menores de 19 años de edad, una mujer en embarazo viviendo sola, o si todos por quien usted esta solicitando están recibiendo SSI, TAFDC o EAEDC, usted no tiene que contestar estas preguntas, **SALTARSE ESTAS PREGUNTAS. Asegúrese de firmar la solicitud en la pagina 5.**

Todos los otros solicitantes deben contestar esta sección.

- A. ¿Usted o alguna persona que vive con usted tiene dinero disponible o cualquier tipo de cuentas bancarias, acciones, bonos o valores? si no

Si su respuesta es **si**, complete la siguiente sección

Nombre	Tipo	Nombre de la Institución	Numero de Cuenta	Cantidad

- B. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted seguro de vida, seguro funerario o prepago funeral? si no
 Si su respuesta es **si**, ¿quien tiene estos seguros? _____

- C. ¿Tiene usted o alguien que vive con usted parcelas para construir, terreno o para su entierro? si no
 Si su respuesta es **si**, complete la siguiente sección

Nombre/Dueño	Tipo/Descripción/Localización	Valor justo de mercado	Valor Hipotecario

- D. ¿Tiene usted o alguien viviendo con usted pensiones o cuenta/s de retiro? Si no

Si su respuesta es **si**, complete la siguiente sección.

Nombre	Tipo	Nombre de la Institución	Número de Cuenta	Cantidad

- E. ¿Ha recibido usted o alguien viviendo con usted, reintegro de impuestos o crédito por ingreso del trabajo (EIC)? si no
 Si su respuesta es **si**, complete la siguiente sección.

Nombre	Tipo de Ingreso	Cantidad
	<input type="checkbox"/> Crédito por ingreso del trabajo <input type="checkbox"/> Impuestos de la renta Federales <input type="checkbox"/> Impuestos de la renta estatal	
	<input type="checkbox"/> Crédito por ingreso del trabajo <input type="checkbox"/> Impuestos de la renta Federales <input type="checkbox"/> Impuestos de la renta estatal	

- F. ¿Usted o alguien que viva con usted ha vendido, negociado, regalado o trasladado cualquier objeto de valor en los últimos tres meses? si no

Si su respuesta es **si**, complete la siguiente sección.

Nombre	Tipo	Fecha de Traslado	Razón	Valor Bruto

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Comprendo que dar una declaración falsa, engañosas, mal interpretada, ocultar, o retener hechos, sea oral o por escrito; para lograr elegibilidad en el Programa de Cupones de Alimentos, Violación Intencional del Programa (IPV) es un fraude y se castiga por medio de una sanción civil y criminal.

Comprendo que el Departamento de Asistencia Transicional (DTA) administra el Programa de Cupones para Alimentos. Comprendo que debo informar al DTA cualquier cambio en los ingresos del hogar, bienes, dirección, estado civil, integrantes de la familia, empleo o cualquier otro cambio en los cupones de alimentos del hogar que puedan afectar nuestra elegibilidad. Comprendo que debo informar estos cambios al DTA, ya sea en persona, por escrito o por teléfono **dentro de los 10 días que haya ocurrido el cambio** al menos que DTA me permita hacer este informe bajo la regla de cupones de alimentos semestral.

Comprendo que debo informar y proveer verificación al Departamento para los beneficios de cupones de alimentos y recibir una rebaja para el cuidado infantil o gastos de cuidado dependiente, pagos de alquiler o hipoteca, gastos para los servicios públicos, manutención de hijos pagado a una persona fuera del hogar o gastos médicos. Si fallo en informar o verificar el listado de gastos mencionados anteriormente puede significar que yo reciba una cantidad más baja de cupones de alimentos mensual, y se va a conocer en la declaración que el hogar no desea recibir deducciones por los gastos no informados o no verificados.

Comprendo que al firmar este documento, todos los miembros del hogar entre las edades de 16 años y 60 años son automáticamente registrados para un trabajo e inscritos en el Programa de Entrenamiento y Empleo de Cupones de Alimentos (FS/E&T). La inscripción automática de FS/E&T permite a miembros del hogar acceder fácilmente a los servicios de FS/E&T. Miembros del hogar no exentos serán notificados de los requisitos laborales, se le explicará las exenciones y las sanciones de incumplimiento y se le recomendará a una actividad laboral, si es apropiado.

Al firmar éste formulario, doy permiso a DTA para verificar e investigar la información que he dado, relacionada con mi elegibilidad para la asistencia. Doy permiso a DTA de obtener cualquier información o datos y verificar información dada en esta solicitud con otras agencias. Incluyendo agencias federales y estatales, autoridades de vivienda local, departamentos de bienestar fuera del estado e instituciones financieras. También doy permiso a estas agencias para que den la información a DTA sobre mi hogar que muestren inquietudes hacia mis beneficios de cupones de alimentos.

Comprendo que al firmar este documento también doy permiso a DTA para que comparta mi información y la de mis dependientes menores de 10 años de edad con el Departamento de Educación para que mis dependientes sean automáticamente certificados para los programas de desayuno y almuerzo de la escuela. También doy permiso a DTA para que comparta la información sobre mí y de mis dependientes menores de 5 años de edad y cualquier persona de mi hogar embarazada con el Departamento de Salud Pública para que estos individuos sean recomendados para los servicios de nutrición de WIC (Mujeres, Infantes y Niños).

Comprendo que al firmar este documento autorizo al Departamento de Asistencia Transicional y la Ofician Ejecutiva de Massachusetts de Servicios Humanitarios y de Salud a compartir información sobre mi elegibilidad para los beneficios de asistencia pública con compañías de distribución eléctrica, compañías de distribución de gas y operadores de telecomunicación que sean elegibles, conforme a los acuerdos de privacidad otorgados por estas compañías por el único propósito de certificar mi elegibilidad para un descuento en las tasas de servicio público. También autorizo a DTA para que comparta mi información con el Departamento de Desarrollo Comunitario y Vivienda (Department of Housing and Community Development) con el propósito de inscribirme en el Programa de Calefacción y Alimentos (Heat & Eat Program). Comprendo que recibiré una copia del folleto "El Derecho de Saber" y el folleto del Programa de Cupones de Alimentos, que debo leer o que me los lean y debo comprender su contenido y mis derechos y responsabilidades. Si tengo alguna pregunta sobre los folletos, le preguntaré a mi trabajador/a social de DTA.

Sanción de Penalización para los Cupones de Alimentos

Yo comprendo que si yo o cualquier miembro de mi hogar que recibe cupones de alimentos rompe cualquiera de las siguientes reglas, esa persona se le prohíbe participar en el Programa de Cupones de Alimentos por **un año** después de la primera violación, **dos años** después de la segunda violación y **permanente** después de la tercera violación. La persona también puede ver una querrela criminal bajo las leyes estatales o federales que se aplican a este caso. Estas reglas son:

- No dar información falsa o esconder información para obtener los beneficios de cupones de alimentos.
- No intercambie o venda los beneficios de cupones de alimentos.
- No alterar las tarjetas EBT para recibir beneficios de los cupones de alimentos que usted no tiene derecho.
- No use los beneficios de cupones de alimentos para comprar artículos que no sean elegibles como licor o tabaco.
- No use los beneficios de cupones de alimentos de otra persona o su tarjeta de EBT, al menos que usted sea un "representante autorizado."

También comprendo las siguientes penalizaciones:

- Individuos que cometen una Violación Intencional de Programa en el **programa de dinero en efectivo (IPV)** que es confirmado en una Audiencia Administrativa de Inhabilitación (ADH), será prohibido del Programa de Cupones de Alimentos por el mismo tiempo que éste sea prohibido de la asistencia económica.
- Individuos quienes hacen una declaración falsa o una representación falsa sobre su identidad o lugar de vivienda para recibir los beneficios de cupones de alimentos múltiples, **simultáneamente**, será prohibido del Programa de Cupones de Alimentos por **diez años**.
- Individuos que (compran o venden) los beneficios de cupones de alimentos para intercambiar sustancias controladas, drogas ilegales serán prohibidos del Programa de Cupones de Alimentos por un periodo de **dos años** por la primera falla, y **permanente** por la segunda falla.
- Individuos que (compran o venden) los beneficios de cupones de alimentos por armas de fuego, munición o explosivos serán prohibidos del Programa de Cupones de Alimentos **permanente**mente.
- Individuos que (compran o venden) los beneficios de cupones de alimentos teniendo un valor de \$500 o mas serán prohibidos del Programa de Cupones de Alimentos **permanente**mente.
- Individuos que se fugan para evitar persecución, custodia o privación de libertad después de una condena por un delito o están violando la libertad provisional o libertad vigilada son **inelegibles** de participar en el Programa de Cupones de Alimentos.
- Individuos que fallan en cumplir sin buena causa con los Requisitos Laborales de Cupones de Alimentos serán descalificados del Programa por un periodo de **tres meses** por la primera falla, **seis meses** por la segunda falla y **doce meses** por la tercera falla. Si el individuo quien ha fallado por tercera vez, es el jefe del hogar para los cupones de alimentos, **todo** el hogar será inelegible por un periodo de **seis meses** para participar en éste programa.



FIRMA DEL SOLICITANTE: Al firmar esta solicitud, yo por la presente certifico bajo pena de perjurio que yo he leído (o me han leído) y comprendo los "Derechos y Responsabilidades"; las respuestas en esta solicitud o cualquier otro documento suplementario que yo pueda brindar en el futuro al Departamento es preciso y completo a mi leal saber y entender. También certifico que todos los miembros de mi hogar bajo este programa, que han solicitado beneficios de cupones de alimentos son ciudadanos estadounidenses o con un estatus de inmigración satisfactorio.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

/ /

DECLARACION DE NONDISCRIMINACION:

De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA) y las políticas del Departamento de Servicios de Salud y Humanitarios (HHS), está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. De acuerdo con las políticas del Acta de Estampillas para compras de alimentos y USDA, también está prohibido discriminar por motivo de religión o creencias políticas.

Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a USDA o HHS. USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TTD). HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TTD). USDA y HHS no discrimina en sus programas y empleo.