



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

DIVISIÓN DE ASISTENCIA FAMILIAR– UNIDAD DE CERTIFICACION

HOJA DE INFORMACIÓN

NOMBRE DE CASO: _____

NUMERO DE CASO: _____

NUMERO DE CONTACTO: Hogar: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

POR FAVOR **FIRMA Y FECHES DONDE SEA APPLICABLE Y DEVUELVA** LOS FORMULARIOS
ADJUNTOS A ESTE PAQUETE EN LA OFICINA DE CERTIFICACIÓN!!

1. CUESTIONARIO
2. CERTIFICACIÓN DE ENTREVISTA TELEFÓNICA
3. FORMULARIO DE SOLICITUD COMBINADA – PARTE I (FSC1)

No envíes documentos originales!! DSH/DAF no será responsable de ningún documento original!!

Por favor marque✓ a continuación la COPIA del (los) documento(s) que ha incluido.

☐	Certificado de Nacimiento	☐	Formulario de Representante Autorizado
☐	Documentos de Inmigración/Naturalización	☐	Recibos o Estado de Cuenta de Cuido Infantil
☐	Tarjetas de Identificación	☐	Certificado de Discapacidad Medica
☐	Facturas de Servicio Públicos/ Utilidades	Otros Documentos: por favor enumere en los espacios a continuación	
☐	Contrato de Alquiler/Recibos de Renta, Estado de Hipoteca	☐	
☐	Facturas Medicas, Recibos y Estados de cuenta	☐	
☐	Talones de Pago, Carta de Empleo, Ingresos de Cuenta Propia, Carta de Separacion Laboral	☐	
☐	Contribuciones Financieras	☐	
☐	Comprobantes/ Cartas de Seguro Social, Beneficios para Veteranos, Manutencion de Hijos, Pensión Alimenticia, Desempleo, y Estado de Jubilacion/ Retiro	☐	



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

DIVISIÓN DE ASISTENCIA FAMILIAR– UNIDAD DE CERTIFICACIÓN

CUESTIONARIO

NOMBRE DE CASO:	Apellido:	Nombre:	NUMERO DE CASO:
Por favor, responda todas las siguientes preguntas. Sus respuestas ayudarán al Especialista en Elegibilidad (Trabajador de Caso) a entender las circunstancias de su hogar.			
Composicion de Hogar			VERIFIQUE EL QUE APLIQUE ✓
¿Algún miembro de su hogar de SNAP/CASH se ha ido, está temporalmente ausente o ha fallecido?			☐ Si ☐ No
Si es así, enumera los nombre(s) aquí			
¿Algún miembro de su hogar de SNAP/CASH tuvo un bebé recién nacido, o alguna persona se mudó?			☐ Si ☐ No
Si es así, enumere el/los nombre(s) completo(s), número(s) de seguro social, fecha(s) de nacimiento, género, relación con usted, raza, etnicidad, idioma y ciudadanía en la página 2 de la solicitud (ver al reverso)			
Ingresos Laborales			VERIFIQUE EL QUE APLIQUE ✓
¿Tú o algún miembro de tu hogar de SNAP/CASH se empleó, dejó de trabajar, fue despedido, comenzó a trabajar menos o más horas, cambió de trabajo, tuvo un cambio en los salarios, comenzó un negocio o ahora es autoempleado?			☐ Si ☐ No
Rodea el cambio arriba y enumera la fecha de efectividad, las horas de trabajo cambiadas, etc.			
Beneficios o Otros Ingresos			VERIFIQUE EL QUE APLIQUE ✓
¿Tú o algún miembro de tu hogar SNAP/CASH recibió o comenzó a recibir beneficios o otros ingresos, como manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos por alquiler, trabajos ocasionales, o dinero de alguien para ayudar a cubrir las necesidades personales de tu hogar o para pagar alguna de las facturas del hogar?			☐ Si ☐ No
Rodea el cambio arriba y enumera la fecha de efectividad y la cantidad \$\$ del cambio.			
Ganancias de Lotería y Apuestas			VERIFIQUE EL QUE APLIQUE ✓
¿Tú o algún miembro de tu hogar de SNAP/CASH tuvo ganancias de la lotería o apuestas de \$4,500.00 o más en un solo juego antes de impuestos o otras retenciones?			☐ Si ☐ No
Si es así, ¿cuánto? Enumera en el espacio a continuación..			\$
Recursos			VERIFIQUE EL QUE APLIQUE ✓
¿Usted o algún miembro de su hogar de SNAP, <u>que ha sido descalificado debido a una violación intencional del programa o incumplimiento con el requisito de trabajo de SNAP</u> , posee o conjuntamente posee algún recurso como, pero no limitado a, una cuenta de ahorros o cuenta corriente, Club de Navidad, vehículo(s), propiedad o terreno u otros activos en las Islas Vírgenes o en otra parte?			☐ Yes ☐ No
Si es así, ¿cuánto o cuál es el valor? Enumere en el espacio a continuación.			\$
CASH Hogares			VERIFIQUE EL QUE APLIQUE ✓
¿Tú o algún miembro de tu hogar de efectivo posee o conjuntamente posee algún recurso como – pero no limitado a – una cuenta de ahorros o corriente, un club navideño, vehículo(s), propiedad o terreno, u otros activos en las Islas Vírgenes o en otro lugar?			☐ Si ☐ No
Si es así, circule el elemento de arriba. ¿Cuál es la cantidad o valor? Liste en el espacio a continuación.			\$
FIRMA Y FECHÉ ABAJO			
Firma del solicitante o representante autorizado			Fecha: MES/DIA/AÑO



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

DIVISIÓN DE ASISTENCIA FAMILIAR– UNIDAD DE CERTIFICACIÓN

CERTIFICACIÓN DE ENTREVISTA TELEFÓNICA

Numero de Caso		Nombre de Caso	Apellido	Nombre
Nombre de Trabajador(a) Social				

CERTIFICO BAJO PENA DE PERJUICIO QUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE PROPORCIONARÉ DURANTE LA ENTREVISTA TELEFÓNICA SERÁN VERDADERAS, COMPLETAS Y CORRECTAS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, INCLUYENDO INFORMACIÓN SOBRE LA NACIONALIDAD O ESTATUS DE EXTRANJERO DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR QUE HE PROPORCIONADO EN RELACIÓN CON LA CONDENACIÓN POR DELITO GRAVE.

CERTIFICO QUE ENTIENDO LA INFORMACIÓN EXPLICADA Y PREGUNTADA QUE SE ME CONTIENE EN LA PARTE AUTOMATIZADA DE LA SOLICITUD (PAPI); Y TAMBIÉN ENTIENDO LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD, Y LA PENA POR OCULTAR O DAR INFORMACIÓN FALSA O VIOLAR CUALQUIERA DE LAS REGLAS LISTADAS EN EL AVISO DE PENA.

ENTIENDO Y ACUERDO PROPORCIONAR DOCUMENTOS PARA VERIFICAR LO QUE HE DICHO. ENTIENDO Y ACEPTO QUE EL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP) / EFECTIVO PUEDE CONTACTAR A OTRAS PERSONAS O ORGANIZACIONES PARA OBTENER INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD.

CERTIFICO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DE MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES, LA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA, AVISO DE PENA, DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD Y FORMULARIOS DE DERECHOS DE APELACIÓN.

USTED O SU REPRESENTANTE PUEDEN SOLICITAR UNA AUDIENCIA JUSTA, YA SEA DE MANERA ORAL O POR ESCRITO, SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON CUALQUIER ACCIÓN TOMADA EN SU CASO. PUEDE ELEGIR A CUALQUIER PERSONA QUE DESEE PARA PRESENTAR SU CASO EN LA AUDIENCIA.

FIRMA DE SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA MES/DIA/ AÑO



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

DIVISION DE ASISTENCIA FAMILIAR-UNIDAD DE CERTIFICACIÓN

ENTREVISTA TELEFÓNICA DE CERTIFICACIÓN

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DAF
NO COMPLETE ESTA PÁGINA

Numero de Caso		Fecha de Entrevista	MES/DIA/ AÑO
Nombre de Caso	APELLIDO	NOMBRE	

CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE SE REALIZÓ UNA ENTREVISTA TELEFÓNICA. ADEMÁS, CERTIFICO QUE LAS CONSECUENCIAS Y PENALIZACIONES, EN CASO DE QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS RESULTEN INEXACTAS, FUERON EXPLICADAS COMPLETAMENTE AL SOLICITANTE Y/O REPRESENTANTE DEL HOGAR.

Nombre de Trabajador(a) Social	Firma de Trabajador(a) Social

	Islas Virgines De Estados Unidos Pagina 1 Rev. 4/2025 Numero de Caso:																																				
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y Asistencia CASH Aplicación Combinada – PARTE I Consideramos todas las solicitudes sin tener en cuenta raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Por favor lee toda la solicitud. Completar, firmar, y fechar en la pagina 4.		Programa(s) Solicitando Verifica el que aplique ✓ ☐ SNAP ☐ CASH																																			
VERIFIQUE EL QUE APLIQUE ✓ NUEVA SOLICITUD ☐ RECERTIFICACIÓN ☐																																					
Puede comenzar a solicitar beneficios de SNAP/CASH y establecer la fecha de su solicitud completando su nombre, dirección y firmando esta solicitud, y entregándola hoy. Estamos obligados a verificar la información que proporciona y a actuar sobre su solicitud en un plazo de 30 días, a menos que califique para SNAP en 7 días. Si califica para recibir beneficios de SNAP de inmediato, estamos obligados a actuar sobre su solicitud en un plazo de 7 días. Por lo tanto, mientras antes nos entregue esta solicitud y cualquier verificación requerida, más rápido sabrá si es elegible para recibir beneficios de SNAP/CASH. Si es elegible, los beneficios se proporcionarán desde la fecha en que presentó su solicitud. Puede solicitar y obtener beneficios de SNAP/CASH para miembros de la familia elegibles, incluso si usted no es elegible para beneficios debido a su estatus migratorio. Por ejemplo, un padre extranjero inelegible puede solicitar beneficios de SNAP/CASH para sus hijos y recibir beneficios para los hijos elegibles. El Especialista en Elegibilidad le dirá qué información necesita ser verificada y los elementos que debes llevar para tu entrevista.																																					
ES POSIBLE QUE OBTENGA BENEFICIOS DE SNAP DENTRO DE 7 DÍAS SI SU HOGAR: - Su ingreso mensual bruto es inferior a \$150 y los recursos de su hogar, como efectivo o cuentas corrientes/de ahorros, son de \$100 o menos; - El alquiler/moratoria mensual y los servicios son más que el ingreso mensual bruto de su hogar y recursos líquidos; o - Usted o un miembro del hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional. - La Oficina de Certificación programará una entrevista en la cual el Trabajador de Elegibilidad le ayudará a completar la Parte II de la solicitud. - Puede solicitar una entrevista cara a cara o una entrevista telefónica..		Fecha de recepción del sello DAF																																			
ESBRIBE SU NOMBRE LEGIBLEMENTE ABAJO: <table><tr><th>Apellido</th><th>Nombre</th><th>Segundo Nombre</th></tr><tr><td> ¿Vives en un apartamento? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ SI ☐ No </td><td> ¿Vives en una casa? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ SI ☐ No </td><td> ERES UN HUÉSPED? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ SI ☐ No </td></tr><tr><td colspan="3"> Dirección física donde vives: Línea de dirección 1: _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ </td></tr><tr><td colspan="3"> Dirección de envío donde recibe correo: Línea de dirección 1: _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ </td></tr><tr><td colspan="3"> Número de teléfono y dirección de correo electrónico donde se le puede contactar Casa: _____ Celular: _____ </td></tr><tr><td colspan="3"> Correo electrónico: _____ ¿Desea recibir mensajes de texto del programa en su teléfono celular? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Si ☐ No [Se aplican cargos por el uso de datos del teléfono celular.] </td></tr><tr><td colspan="3"> La solicitud e información se pueden enviar en persona (buzón), por correo o por correo electrónico a la oficina de SNAP en su Distrito/Isla que se muestra a continuación.. </td></tr><tr><td> SANTA. CRUZ, IV Departamento de Servicios Humano Oficina de Certificación 4102 Mars Hill Frederiksted, VI 00840-3376 Tel. (340) 772-7100, Ext. 7159, 7072 Correo electrónico: certoffice.stx@dhs.vi.gov </td><td> SAN TOMAS /WATER ISLAND, IV Departamento de Servicios Humano Oficina de Certificación 1303 Hospital Ground, Ste. 1 St. Thomas, VI 00802-6722 Tel. (340) 774-0930 o (340) 774-2399 Correo electrónico: certoffice.stt@dhs.vi.gov </td><td> SAN. JOHN, IV Departamento de Servicios Humano Oficina de Certificación Multi-Purpose Building 307 Enighed Contant Cruz Bay, St. John, VI 00830 Tel. (340) 774-6334 Tel. (340) 774-0930 Ext. 4275 Tel. (340) 725-6221 correo electronico: certoffice.stt@dhs.vi.gov </td></tr><tr><td colspan="2"> Responder las preguntas a continuación nos ayudará a determinar si su solicitud debe ser procesada dentro de 7 días para SNAP. </td><td></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td> 1. ¿Cuántas personas viven en tu casa y comen contigo? (Incluyéndote a ti) _____ 2. ¿Cuánto es tu renta o hipoteca mensual? \$ _____ 3. ¿Cuánto cuestan tus servicios públicos mensuales? \$ _____ 4. ¿Se detuvo recientemente todos los ingresos de tu hogar? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Si ☐ No Si, cuando? _____ 5. ¿Cuál es el ingreso total que espera recibir su hogar este mes? \$ _____ 6. ¿Cuánto tiene su hogar (excluyendo a los niños) en efectivo, en cuentas corrientes o de ahorros? (Dé una mejor estimación total) \$ _____ 7. ¿Hay alguien en su hogar que sea un trabajador agrícola migrante o estacional? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Yes ☐ No 8. Si alguna persona en su hogar fue un migrante o trabajador agrícola estacional en algún momento durante la actual temporada de migración, ¿fue su hogar aprobado para un aplazamiento de los requisitos de verificación? Si es así, ¿cuándo y dónde? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Yes ☐ No </td></tr><tr><td colspan="2"></td><td> ¡DÉTENTE! NO FIRME! ¡SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DAF A CONTINUACIÓN! </td></tr><tr><td colspan="2"> FIRMA (SOLO PARA USO DE UNIDAD DE CERTIFICACIÓN!!) de la persona que se encuentra en proceso de servicio expedito </td><td> FECHA </td></tr></table>		Apellido	Nombre	Segundo Nombre	¿Vives en un apartamento? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ SI ☐ No	¿Vives en una casa? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ SI ☐ No	ERES UN HUÉSPED? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ SI ☐ No	Dirección física donde vives: Línea de dirección 1: _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____			Dirección de envío donde recibe correo: Línea de dirección 1: _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____			Número de teléfono y dirección de correo electrónico donde se le puede contactar Casa: _____ Celular: _____			Correo electrónico: _____ ¿Desea recibir mensajes de texto del programa en su teléfono celular? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Si ☐ No [Se aplican cargos por el uso de datos del teléfono celular.]			La solicitud e información se pueden enviar en persona (buzón), por correo o por correo electrónico a la oficina de SNAP en su Distrito/Isla que se muestra a continuación..			SANTA. CRUZ, IV Departamento de Servicios Humano Oficina de Certificación 4102 Mars Hill Frederiksted, VI 00840-3376 Tel. (340) 772-7100, Ext. 7159, 7072 Correo electrónico: certoffice.stx@dhs.vi.gov	SAN TOMAS /WATER ISLAND, IV Departamento de Servicios Humano Oficina de Certificación 1303 Hospital Ground, Ste. 1 St. Thomas, VI 00802-6722 Tel. (340) 774-0930 o (340) 774-2399 Correo electrónico: certoffice.stt@dhs.vi.gov	SAN. JOHN, IV Departamento de Servicios Humano Oficina de Certificación Multi-Purpose Building 307 Enighed Contant Cruz Bay, St. John, VI 00830 Tel. (340) 774-6334 Tel. (340) 774-0930 Ext. 4275 Tel. (340) 725-6221 correo electronico: certoffice.stt@dhs.vi.gov	Responder las preguntas a continuación nos ayudará a determinar si su solicitud debe ser procesada dentro de 7 días para SNAP.					1. ¿Cuántas personas viven en tu casa y comen contigo? (Incluyéndote a ti) _____ 2. ¿Cuánto es tu renta o hipoteca mensual? \$ _____ 3. ¿Cuánto cuestan tus servicios públicos mensuales? \$ _____ 4. ¿Se detuvo recientemente todos los ingresos de tu hogar? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Si ☐ No Si, cuando? _____ 5. ¿Cuál es el ingreso total que espera recibir su hogar este mes? \$ _____ 6. ¿Cuánto tiene su hogar (excluyendo a los niños) en efectivo, en cuentas corrientes o de ahorros? (Dé una mejor estimación total) \$ _____ 7. ¿Hay alguien en su hogar que sea un trabajador agrícola migrante o estacional? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Yes ☐ No 8. Si alguna persona en su hogar fue un migrante o trabajador agrícola estacional en algún momento durante la actual temporada de migración, ¿fue su hogar aprobado para un aplazamiento de los requisitos de verificación? Si es así, ¿cuándo y dónde? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Yes ☐ No			¡DÉTENTE! NO FIRME! ¡SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DAF A CONTINUACIÓN!	FIRMA (SOLO PARA USO DE UNIDAD DE CERTIFICACIÓN!!) de la persona que se encuentra en proceso de servicio expedito		FECHA
Apellido	Nombre	Segundo Nombre																																			
¿Vives en un apartamento? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ SI ☐ No	¿Vives en una casa? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ SI ☐ No	ERES UN HUÉSPED? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ SI ☐ No																																			
Dirección física donde vives: Línea de dirección 1: _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____																																					
Dirección de envío donde recibe correo: Línea de dirección 1: _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____																																					
Número de teléfono y dirección de correo electrónico donde se le puede contactar Casa: _____ Celular: _____																																					
Correo electrónico: _____ ¿Desea recibir mensajes de texto del programa en su teléfono celular? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Si ☐ No [Se aplican cargos por el uso de datos del teléfono celular.]																																					
La solicitud e información se pueden enviar en persona (buzón), por correo o por correo electrónico a la oficina de SNAP en su Distrito/Isla que se muestra a continuación..																																					
SANTA. CRUZ, IV Departamento de Servicios Humano Oficina de Certificación 4102 Mars Hill Frederiksted, VI 00840-3376 Tel. (340) 772-7100, Ext. 7159, 7072 Correo electrónico: certoffice.stx@dhs.vi.gov	SAN TOMAS /WATER ISLAND, IV Departamento de Servicios Humano Oficina de Certificación 1303 Hospital Ground, Ste. 1 St. Thomas, VI 00802-6722 Tel. (340) 774-0930 o (340) 774-2399 Correo electrónico: certoffice.stt@dhs.vi.gov	SAN. JOHN, IV Departamento de Servicios Humano Oficina de Certificación Multi-Purpose Building 307 Enighed Contant Cruz Bay, St. John, VI 00830 Tel. (340) 774-6334 Tel. (340) 774-0930 Ext. 4275 Tel. (340) 725-6221 correo electronico: certoffice.stt@dhs.vi.gov																																			
Responder las preguntas a continuación nos ayudará a determinar si su solicitud debe ser procesada dentro de 7 días para SNAP.																																					
		1. ¿Cuántas personas viven en tu casa y comen contigo? (Incluyéndote a ti) _____ 2. ¿Cuánto es tu renta o hipoteca mensual? \$ _____ 3. ¿Cuánto cuestan tus servicios públicos mensuales? \$ _____ 4. ¿Se detuvo recientemente todos los ingresos de tu hogar? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Si ☐ No Si, cuando? _____ 5. ¿Cuál es el ingreso total que espera recibir su hogar este mes? \$ _____ 6. ¿Cuánto tiene su hogar (excluyendo a los niños) en efectivo, en cuentas corrientes o de ahorros? (Dé una mejor estimación total) \$ _____ 7. ¿Hay alguien en su hogar que sea un trabajador agrícola migrante o estacional? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Yes ☐ No 8. Si alguna persona en su hogar fue un migrante o trabajador agrícola estacional en algún momento durante la actual temporada de migración, ¿fue su hogar aprobado para un aplazamiento de los requisitos de verificación? Si es así, ¿cuándo y dónde? VERIFIQUE UNO ✓ ☐ Yes ☐ No																																			
		¡DÉTENTE! NO FIRME! ¡SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DAF A CONTINUACIÓN!																																			
FIRMA (SOLO PARA USO DE UNIDAD DE CERTIFICACIÓN!!) de la persona que se encuentra en proceso de servicio expedito		FECHA																																			

NUMERO DE CASO:

INFORMACION DEL MIEMBRO APLICACION COMIBINADA- PARTE I

¿Alguien mencionado en esta solicitud ha recibido SNAP/CASH aquí en las Islas Vírgenes de los E.U. o en otro lugar este mes o en cualquier momento en el pasado?

VERIFIQUE UNO ☒ Si ☐ No

Si es así, Cuando? _____ Donde? _____ Programas: _____

Fecha Cuidad Estado SNAP/CASH

LAS PERSONAS SIGUIENTES SON MIEMBROS DEL HOGAR OBLIGATORIOS, SI VIVEN CONTIGO.

1. Cónyuge/ Esposo(a)

2. Hijos biológicos, adoptados y hijastros menores de 22 años o otros menores de edad que vivan contigo y sean menores de 18 años, y estén bajo tu control parental y sean dependientes económica o de otra manera de un miembro del hogar.

3. Miembros del hogar que compren y preparen comidas junto con tu hogar.

Listarte como persona #1. Listar al cónyuge como persona #2 – si aplica. Listar todas las otras personas en tu hogar, incluso si no estás solicitando por ellas.

ETNICIDAD: Porfavor indica su respuesta "si" o "NO" marcando la casilla debajo de tu elección S (Si) or N (No)	RAZA: Ingrese la(s) letra(s) que corresponde(n) al miembro de hogar a continuación. (I) Nativo americano o nativo de Alaska; (A) Asiático; (B) Negro o afroamericano; (P) Nativo hawaiano o isleño del Pacífico; (W) Blanco	IDIOMA: Ingrese el número que corresponde al miembro de hogar a continuación. (1) Inglés; (2) Español; (3) Francés-Creole; (4) Árabe; (5) Chino; o (6) Otro
--	---	---

La provisión de esta información es voluntaria. No afectará la elegibilidad de la(s) persona(s) que soliciten ni el nivel de beneficios recibidos..

NOMBRE LEGAL COMPLETO (incluyendo iniciales). Primero, enumera a ti mismo. Enumera a todos los que viven contigo, incluso si no están solicitando.																				
LINE	APELLIDO	NOMBRE	S N	NUMERO DE SEGURO SOCIAL (NSS)	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	GÉNERO	Relationship to you	Ciudadanía de Estados Unidos		¿Compras o preparas comida con esta persona?		ETNICIDAD		RAZA					Idioma - Códigos definidos arriba
				El NSS no es necesario para las personas que no solicitan beneficios (pero que están incluidas como miembros del HH). Si no hay ninguno, indique "Ninguno".					MES/DIA/AÑO	MCasado-Soltero-Divorciado W Viuda(a) - Elige Uno	MHombre F Mujer Otro Elige Uno	SI	NO	SI	NO	SI	NO	I	A	
1								Self			✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				

Consulta de Antecedentes Criminales: Por favor, responda las siguientes preguntas para usted y para cualquier otra persona por la que esté solicitando. Si responde "Si", enumere el nombre de la(s) persona(s) a la(s) que se aplica la respuesta

1. ¿Eres tú o alguien en tu hogar un delincuente fugitivo o un violador de la libertad condicional o probatoria, o no está en cumplimiento con los términos de tu sentencia? Verifica Uno ☒ Si ☐ No ☐

“Si” es así, enumera, los nombre(s). _____

2. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado como adulto por abuso sexual agravado, abuso, asesinato, explotación sexual y otro abuso de niños, un delito federal o estatal que involucre agresión sexual o un delito bajo la ley estatal determinado por el Fiscal General como sustancialmente similar a dicho delito después del 7 de febrero de 2014? Verifica Uno ☒ Si ☐ NO ☐

“Si” es así, enumera los nombre(s). _____

3. ¿Eres tú o hay alguien viviendo contigo que sea veterano? Verifica Uno ☒ Si ☐ No ☐ Si es así, quien? _____

SUS RESPONSABILIDADES

NOTA: Si firma esta solicitud como Representante Autorizado de una persona que está solicitando o recibiendo asistencia, acepta asumir todas las siguientes responsabilidades en nombre de esa persona.

1. Cuando solicitas beneficios de SNAP/CASH, firmas una solicitud que dice: "Entiendo las preguntas en esta solicitud y la pena por ocultar o dar información falsa o romper cualquiera de las reglas enumeradas en la advertencia de penalización. La información proporcionada en la solicitud es verdadera, completa y correcta a mi mejor conocimiento.
2. Entiendo que puedo tener que proporcionar documentos para probar lo que he dicho. Estoy de acuerdo en hacer esto. Si los documentos no están disponibles, acepto dar el nombre de una persona o organización con la que la Oficina de Asistencia Familiar pueda contactar para obtener la prueba necesaria."
3. Esto significa que usted es consciente de que el abogado del Estado puede procesarlo si usted o su representante autorizado ha dado información falsa para obtener beneficios de SNAP/CASH. Por lo tanto, es **IMPORTANTE** que responda cada pregunta **CON SINCERIDAD Y CORRECTAMENTE**.
4. Si su hogar está asignado al **Reporte Simplificado**, debe informar a la Oficina de Certificación de SNAP cuando los ingresos mensuales de su hogar SNAP superen el ingreso mensual permitido para el tamaño de su hogar. Debe informar este cambio antes del décimo día del mes siguiente en que los ingresos del hogar superen.
5. Debes reportar todos los cambios asociados a tu caso de efectivo antes del décimo día del mes siguiente en el que ocurrió el cambio.
6. Debes informar si tu hogar recibió ganancias de lotería o juego de **\$4,500** o más, ganadas en un solo juego antes de impuestos o otras retenciones. Este cambio debe ser informado antes del día 10 del mes siguiente en el que ocurrieron las ganancias.
7. Entiendo que si mi solicitud es para SNAP, la falta de informar o verificar cualquiera de mis gastos se verá como una declaración de mi hogar de que no quiero recibir una deducción por gastos no reportados.
8. Estás autorizado para recibir "El Folleto de la Familia Inteligente." Este folleto proporciona información sobre familias que toman buenas decisiones..
9. **La Unidad de Control de Calidad Estatal o Federal** puede elegir su caso al azar para revisión. Revisarán las declaraciones que ha hecho en su solicitud. Verificarán si determinamos su elegibilidad correctamente. La Agencia Estatal o Federal puede buscar información de otras fuentes. La Agencia Estatal o Federal de Control de Calidad le informará sobre cualquier contacto que pretendan hacer. **SI NO COOPERA CON LA UNIDAD DE CALIDAD ESTATAL O FEDERAL, SUS BENEFICIOS PUEDEN DETENERSE.**
10. **CONTACTA A TU TRABAJADOR(A) SI TIENES CUALQUIER PREGUNTA O NO ESTÁS SEGURO ACERCA DE LAS REGLAS DE INFORME.**

ADVERTENCIA DE PENALIDAD

Si se encuentra que cualquier información que proporcione es incorrecta, se le puede negar los beneficios de SNAP/CASH. Si nos da información falsa a propósito, se pueden tomar acciones legales en su contra. También puede tener que devolver la cantidad de beneficios que no debería haber recibido. Si recibe SNAP/CASH, debe seguir las reglas que se enumeran a continuación. Cualquier miembro de su hogar que sea declarado culpable por un tribunal o una audiencia administrativa de descalificación por incumplir cualquiera de las siguientes reglas o que firme un acuerdo de consentimiento de descalificación voluntaria o una exención de una audiencia de descalificación administrativa será excluido de recibir beneficios de SNAP por: un año por la primera violación, dos años por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación.

- **NO** proporcione información falsa, incorrecta o incompleta, ni oculte información para obtener o continuar recibiendo Asistencia SNAP o en efectivo.
- **NO** negocie, venda ni altere su tarjeta EBT.
- **NO** use los beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- **NO** use la tarjeta EBT de otra persona para su hogar.
- **NO** use su tarjeta EBT para comprar alimentos a crédito.
- **NO** intente comprar o vender su beneficio SNAP.

Cualquier miembro del hogar que sea declarado culpable por un tribunal de usar los beneficios de SNAP para comprar sustancias controladas será descalificado por: 24 meses por la primera violación; y permanentemente por la segunda violación. Cualquier miembro que sea declarado culpable por un tribunal de usar los beneficios de SNAP para comprar armas de fuego, municiones o explosivos será descalificado permanentemente de SNAP en la primera instancia. Cualquier miembro del hogar condenado por un tribunal por haber traficado con beneficios de SNAP por un monto total de \$500 o más será descalificado permanentemente de SNAP en la primera ocasión de tal violación. Cualquier miembro del hogar que se encuentre en posesión de una declaración o representación fraudulentas respecto a la identidad o lugar de residencia del individuo para recibir múltiples beneficios de SNAP simultáneamente será inelegible para participar en SNAP durante un período de 10 años. Cualquier miembro del hogar que huya para evitar el enjuiciamiento, custodia o confinamiento después de una condena por un delito grave, o un intento de delito grave, o violación de La condición de libertad condicional o de liberación bajo palabra no será elegible hasta que la situación se rectifique. Cualquier persona culpable de violar estas reglas o cometer fraude puede ser multada con hasta \$250,000, encarcelada hasta por 20 años y/o obligada a reembolsar los beneficios de SNAP.

También puedes ser excluido del Programa TANF por el mismo período por fraude y se aplican las mismas sanciones máximas.

DECLARACIÓN

1. Entiendo las preguntas en este formulario de solicitud y la sanción por ocultar o proporcionar información falsa o violar cualquiera de las reglas enumeradas en la advertencia de sanción.
2. Entiendo y acepto proporcionar documentos para probar lo que he dicho.
3. Entiendo y acepto que la Oficina de Certificación puede contactar a otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad y nivel de beneficios
4. Entiendo que se solicitará información a través de IEVS, y dicha información puede afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de beneficios.
5. Entiendo que si mi hogar recibe más asistencia de SNAP/CASH de la que tiene derecho a recibir, todos los miembros adultos del hogar son conjunta e individualmente responsables del reembolso de los beneficios emitidos en exceso. Esto es cierto independientemente de si el hogar tuvo culpa o no.
6. Entiendo que el estado migratorio de cualquier miembro del hogar puede estar sujeto a verificación por parte de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), y que la información presentada recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad del hogar y el nivel de beneficios

Numero de Caso:

REQUISITOS Y SANCIONES DE TRABAJO SNAP

Página 4 | Rev. 8/2025

Si tienes entre 16 y 59 años y puedes trabajar, es probable que necesites cumplir con los requisitos generales de trabajo para obtener beneficios de SNAP. Los requisitos generales de trabajo incluyen registrarse para trabajar, participar en el programa de Empleo y Entrenamiento (E&E) de SNAP, aceptar un trabajo adecuado si se ofrece, y no abandonar voluntariamente un trabajo o reducir tus horas de trabajo a menos de 30 por semana sin una buena causa.

Estás exento del requisito general de trabajo si eres cualquiera de estas cosas:

1. Ya trabajando al menos 30 horas a la semana, (o ganando un salario al menos igual al salario federal multiplicado por 30 horas)
2. Cumpliendo con los requisitos laborales para otro programa (TANF o compensación por desempleo).
3. Cuidando a un niño menor de 6 años o a una persona incapacitada.
4. Incapaz de trabajar debido a una limitación física o mental.
5. Participando regularmente en un programa de tratamiento de alcohol o drogas.
6. Estudiando en la escuela o en un programa de capacitación al menos a tiempo parcial. (Los estudiantes universitarios están sujetos a otras reglas de elegibilidad).

Por lo tanto:

1. Entiendo que el incumplimiento del requisito de trabajo de SNAP resultará en la descalificación de un (1) mes por la primera violación, tres (3) meses por la segunda violación y seis (6) meses por la tercera o posterior.
2. Entiendo que todo el hogar será descalificado si la Cabeza del Hogar no cumple con los requisitos de trabajo.
3. Entiendo que estoy prohibido de recibir un aumento en los beneficios de SNAP cuando los ingresos de mi hogar se reducen debido a una penalización impuesta bajo un Programa de Asistencia Pública federal, estatal o local que tenga en cuenta los medios.
4. Entiendo que yo o cualquier miembro del hogar quedaremos inelegibles si, sin una buena razón, (1) negamos a proporcionar información suficiente para permitir una determinación del estado de empleo o disponibilidad de trabajo; (2) reducimos el número de horas que trabajamos si, después de la reducción, estamos empleados menos de 30 horas por semana; (3) renunciamos voluntariamente y sin una buena razón a un trabajo de 30 horas o más.

CONSENTIMIENTO DE SOLICITANTE / CLIENTE

PENA DE PERJURIO:

Juro bajo pena de perjurio, que:

1. He leído la información en esta solicitud, o alguien me la ha leído.
2. Mis respuestas en esta solicitud son verdaderas y completas según mi leal saber y entender.
3. Daré a DHS información que es verdadera y completa según mi leal saber y entender, durante mi entrevista y en el futuro, incluyendo información sobre la condena por delitos graves de ciertos crímenes y el estado de ciudadanía o inmigración de todos los miembros de mi hogar.

AUTORIZACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO/LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:

Por la presente doy mi consentimiento y permiso al Departamento de Servicios Humanos de VI (VIDHS) para compartir, divulgar, obtener, revelar y verificar información sobre mi hogar con otras entidades federales y locales, que es necesaria para la determinación de elegibilidad para recibir beneficios o servicios del VIDHS. Esta autorización incluye, pero no se limita a, la investigación y verificación de información bancaria, vivienda, otras fuentes de ingresos, información laboral y cualquier otra información necesaria que se utilice para la determinación de elegibilidad para recibir beneficios o servicios del VIDHS.

Además, entiendo que al firmar esta solicitud, doy mi consentimiento para una investigación que verifique o confirme la información que he proporcionado.

Solicitante/Representante Autorizado: Al firmar esta solicitud, certifico que entiendo y acepto los "Derechos, Responsabilidades y Penalizaciones" adjuntos a esta solicitud.

POR FAVOR LEA ANTES DE FIRMAR. POR FAVOR FIRME LA SOLICITUD.

Imprima el nombre del solicitante o del representante autorizado a continuación		Imprimia el nombre del trabajador social debajo	
Firma del solicitante o representante autorizado	Fecha MES/DIA/AÑO	Firma del trabajador social abajo	Fecha MES/DIA/AÑO