

**Departamento de Recursos Humanos
del Estado de Alabama Solicitud de
Ayuda con los Alimentos**

AGENCY USE ONLY:

Expedite Screening: Entitled ____ Yes ____ No

Screener Signature and Date _____

FS Case Number _____

Check digit ____ Processing standard ____

Name _____

IEVS Function _____

PA Case No. _____

Appointment Date _____ Time _____

Date Received

Tiene derecho a presentar una solicitud el mismo día en que se comunica con la Oficina de Ayuda con los Alimentos. **Para presentar una solicitud, tiene que incluir únicamente su nombre, domicilio y firma, y entregar este formulario en la Oficina de Ayuda con los Alimentos del condado en donde vive.** También puede presentar una solicitud mediante el formulario de solicitud en línea en www.MyAlabama.gov. En caso de cumplir con los requisitos, recibirá beneficios desde la fecha en que recibimos su solicitud firmada.

Si usted es residente de una institución y presenta una declaración conjunta para el SSI y la asistencia alimentaria antes de retirarse de dicha institución, recibirá los beneficios, en caso de que sea elegible, a partir de la fecha en que se retiró de la institución.

SU NOMBRE (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (mes, día, año)		Número de seguro social (Solo para solicitantes)	
Dirección postal			Dirección física (si difiere del anterior)		
			Número de caso de asistencia alimentaria		
Ciudad	Condado	Estado	Código postal	Teléfono (durante el día)	
Firma _____			Fecha _____		

La elegibilidad de su hogar para recibir los beneficios de Ayuda con los Alimentos se determinará por separado de otros programas y no se le negarán por el simple hecho de que también se le han negado los beneficios de otros programas. Su solicitud de Ayuda con los Alimentos se procesará conforme a las normas, los requisitos del tiempo de respuesta, de aviso y de audiencia justa del programa de Ayuda con los Alimentos, incluso si presenta una solicitud para otros programas.

¿Necesita ayuda para completar esta solicitud por incapacidad? ¿Necesita un intérprete? ¿Necesita materiales traducidos? En caso afirmativo, solicite la ayuda de su oficina local de Ayuda con los Alimentos. Para obtener la dirección o el número de teléfono de su oficina local, llame gratis al 1-800-382-0499 o consulte en línea en www.dhr.alabama.gov.

Servicios urgentes

Es posible obtener beneficios de Ayuda con los Alimentos dentro de los 7 días calendario si los ingresos brutos mensuales en su hogar son inferiores a \$150 y los recursos líquidos (dinero en efectivo, cuenta corriente o cuenta de ahorros) son equivalentes a \$100 o menos; si el costo del alquiler/la hipoteca y los servicios públicos superan el total de los ingresos brutos mensuales y los recursos líquidos existentes en su hogar; o si un integrante de su hogar es trabajador agrícola temporal o migrante.

Si no responde las preguntas de esta solicitud, no podremos determinar su elegibilidad para los servicios acelerados.

1. ¿Cuánto dinero en efectivo o en una cuenta bancaria tienen los integrantes de su hogar? \$ _____
2. ¿Cuál es el **total** de ingresos que espera recibir en su hogar este mes? _____
3. ¿Cuál es el costo mensual **actual** del alquiler/la hipoteca? \$ _____ ¿Y de los servicios públicos, excepto el teléfono? \$ _____
4. ¿Alguno de los integrantes de su hogar es trabajador agrícola temporal o migrante? Sí No
Si la respuesta es "Sí", responda a estas preguntas: ¿Dejó de recibir ingresos en su hogar recientemente? Sí No
¿Alguno de los integrantes de su hogar espera recibir ingresos de una nueva fuente este mes? Sí No
Si la respuesta es "Sí", indique la cantidad? _____

¿Usted o algún integrante de su familia ha recibido o espera recibir los beneficios de Ayuda con los Alimentos de algún otro condado en Alabama o de algún otro estado este mes? Sí ¿Dónde? _____ No

¿Algún miembro de su familia recibió ayuda con los alimentos el mes pasado? Sí No

¿Ha sido usted o algún miembro de su familia condenado por algún tribunal estatal o federal por realizar declaraciones fraudulentas sobre su identidad o residencia con el objetivo de recibir ayuda con los alimentos en más de un estado al mismo tiempo? Sí No

Si la respuesta es Sí, indique el nombre de la persona _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito grave conforme a la ley federal o estatal por posesión, uso o distribución de una sustancia controlada (condena por delito grave de drogas) después del 22 de agosto de 1996? Sí No

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de asistencia alimentaria de más de \$500? Sí No

Integrantes del hogar

INSTRUCCIONES: Por favor, complete con letra de imprenta clara. Por favor, enumere a todos los miembros que viven en su hogar y responda todas las preguntas por cada miembro por el que pida los beneficios de asistencia alimentaria. Tiene que proporcionar solamente los números de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) y los datos sobre la condición de ciudadano o extranjero de los integrantes del hogar para los que solicita beneficios de Ayuda con los Alimentos. Tendrá que proporcionar información, tal como los ingresos de los integrantes del hogar que no solicitan beneficios, a fin de determinar si las personas para las cuales los solicita cumplen con los requisitos necesarios para acceder a los beneficios. (Use otra hoja si no hay suficiente espacio a continuación.) Algunos de los documentos que debe presentar en la entrevista incluyen los siguientes: *documento que certifique la identidad (licencia de conducir, acta de nacimiento), comprobante de ingresos (talones de cheque, carta de adjudicación, declaración de manutención de menores, declaración firmada por la persona que le proporciona dinero) y comprobante de gastos (recibos de alquiler, hipoteca, impuesto sobre bienes inmuebles, prima del seguro de la vivienda, recibos de guardería, órdenes y recibos de provisión de atención médica infantil y facturas médicas correspondientes a integrantes del hogar discapacitados y ancianos).* Si tiene gastos que no informa y/o que no prueba, no recibirá la deducción correspondiente a ese gasto. Le diremos lo que necesitamos para concluir su solicitud durante la entrevista.

Nombre inicial del segundo nombre y apellido	**Número de seguro social (SSN) (Solo para solicitantes)	Fecha de nacimiento mes día año	Vínculo con usted	¿Trabaja? Sí o No	En la escuela Sí o No	Sexo M/F	*Origen étnico *Origen étnico Hispano/latino o no-hispano NO HISP (Opcional)	*Raza Biancos, asiáticos, negros o norteamericanos, nativos, hawaiano u otro isleño del Océano Pacífico, indígenas o nativos de Alaska (Opcional) EE. UU. *** Ciudadano (Opcional)	Ciudadano de EE. UU. Sí o No (Solo para solicitantes)
			Usted						

*Proporcionar esta información es voluntario. Indique todas las razas que correspondan solamente si la persona solicita los beneficios. Sus beneficios no se verán afectados si no indica la etnia o la raza (en ese caso, el organismo responderá por usted). Si nos proporciona esa información, podremos asegurarnos de que los beneficios del programa se distribuyan independientemente de la raza, el color o el origen nacional.

**Proporcionar el SSN de cada integrante del hogar es voluntario. Sin embargo, si no proporciona el SSN de cada integrante del hogar, dicho integrante será descalificado para acceder a los beneficios.

***Proporcionar información de ciudadanía / inmigración es voluntaria. Si no se proporciona esta información, los miembros del grupo familiar no serán elegibles para los beneficios.

Indique a continuación el nombre de las personas que viven con usted pero que no desea que se incluyan como integrantes de su hogar ya que no compran alimentos ni colaboran con la preparación. (Use otra hoja si no hay suficiente espacio aquí.)

Nombre	Edad	Vínculo con usted	¿Esta persona les proporciona dinero a usted o a alguno de los integrantes del hogar antes mencionados? YES or NO. If Yes, reason?	¿Esta persona paga alguna parte de las facturas de la vivienda? YES or NO. If Yes, reason?

Representante autorizado

Puede designar a alguien que no integre su hogar para que lo represente, entregue la solicitud y concurra a la entrevista. La persona designada debe conocer en detalle la situación de su hogar para poder proporcionar toda la información necesaria para determinar si cumple con los requisitos para recibir cupones de alimentos. Sigue siendo responsable de la información que proporcione cualquier persona que se desempeñe como su representante autorizado, incluso la información que pueda ser incorrecta. Si desea designar a alguien para que lo represente, escriba el nombre aquí: _____

Registro del votante

SI NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN DONDE VIVE AHORA, ¿QUISIERA SOLICITAR REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY?

Sí, quisiera registrarme para votar. Sí, estoy registrado pero quisiera cambiar mi dirección con el fin de votar. No, no deseo solicitar registrarme para votar.

Si no marca ningún casillero, se considerará que optó por no registrarse para votar en esta oportunidad.

Solicitar registrarse para votar o no hacerlo no afectará la cantidad de asistencia que reciba de esta agencia. Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud para registrarse para votar, podemos ayudarlo. Puede buscar asistencia con el formulario de solicitud buscando asistencia al momento de su entrevista o llamando al Departamento local de Recursos Humanos ubicado en su condado. La decisión de buscar o aceptar ayuda corre por cuenta suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si elige solicitar registrarse para votar o si rechaza registrarse para votar, la información en el formulario de solicitud o rechazo permanecerá confidencial y solamente se utilizará para fines de inscripción del votante.

Si considera que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar o rechazar registrarse para votar, con su derecho de privacidad sobre decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en State Capitol, 600 Dexter Avenue Suite E-208, Montgomery, AL 36130 o llamando al 334-242-7210 o al 1-800-274-VOTE (1-800-274-8683).

Avisos de penalización, declaración de falso testimonio y firma

Cuando su hogar reciba beneficios de ayuda alimentaria, usted deberá cumplir con todas las reglas. Debe brindar información verdadera y completa sobre todas las personas que viven en su hogar y, si el trabajador lo solicita, debe proporcionar documentación que certifique sus dichos. A Cualquier miembro de su familia que rompa alguna de estas reglas intencionalmente se le prohibirá el acceso a SNAP por 1 año por primera ofensa, 2 años por segunda ofensa y de manera permanente por tercera ofensa; puede ser multado hasta por \$250,000, encarcelado hasta por 20 años, o ambas cosas; puede ser sujeto a juicio bajo otras leyes federales. A él/ella también se le puede prohibir el acceso al Programa de Ayuda con los Alimentos por unos 18 meses más si la corte así lo dictamina.

NO dé información falsa ni oculte información para obtener o continuar sus beneficios SNAP. NO intercambie o venda tarjetas EBT. NO altere las tarjetas EBT para conseguir los beneficios SNAP que no tiene derecho a recibir. NO utilice los beneficios SNAP para comprar productos no elegibles tales como alcohol o tabaco o para pagar cuentas de crédito. NO utilice los beneficios SNAP de alguien más o su tarjeta EBT para su familia.

Los individuos que la corte determine que hayan cometido las siguientes violaciones al programa estarán sujetos a las siguientes sanciones:

- Si usted ha utilizado o recibido beneficios en una transacción que involucre la venta de una sustancia regulada, no será más considerado candidato elegible para recibir los beneficios SNAP por un período de dos años por primera ofensa y de manera permanente hasta la segunda ofensa.
- Si usted utiliza o recibe beneficios en una transacción que involucre la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será considerado candidato no elegible de manera permanente y no podrá recibir los beneficios SNAP en la primera ocasión de tal violación.
- Si lo encuentran culpable de haber traficado beneficios por un importe agregado de \$500 o más, será considerado candidato no elegible de manera permanente y no podrá recibir los beneficios SNAP en la primera ocasión de tal violación.
- Si lo encuentran culpable de haber cometido una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad o el lugar de residencia con el objetivo de recibir los beneficios múltiples de SNAP de manera simultánea, no será considerado candidato elegible para participar en el programa por un período de 10 años.
- Si huye para evitar el juicio, la custodia o el confinamiento luego de ser condenado por un delito o por el intento de cometer un delito, lo cual es un delito grave, o por el contrario viola su libertad condicional bajo una ley federal o estatal, no será considerado candidato elegible para recibir la asistencia alimentaria.
- Si es condenado por utilizar o recibir los beneficios de asistencia alimentaria en una transacción que involucre la venta de sustancias reguladas, será considerado candidato no elegible durante un período de 24 meses por la primera violación y de manera permanente por la segunda violación.
- Si se le declara culpable de un delito federal o estatal que tiene como elemento la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada, puede no ser elegible para recibir asistencia alimentaria.

Certifico, bajo pena de falso testimonio, que mis respuestas a todas las preguntas sobre cada uno de los integrantes de mi hogar, incluso sobre la condición de ciudadano o extranjero, son correctas y completas.

Firma o marca (X) del integrante del hogar: _____ Fecha _____

Testigo (en caso de marca): _____ Fecha _____

Declaración de No Discriminación del USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

NO ELIMINAR ESTA PÁGINA. Esta página debe devolverse con las páginas 1 y 2.

Formulario de consentimiento para el programa de empleo y capacitación (E&T) y el programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP) de Alabama

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Número de teléfono __ () _____ Fecha de nacimiento _____

Tenga en cuenta que este programa puede reembolsarlo por su participación.

1. ¿Actualmente recibe beneficios del SNAP? ____ Sí ____ No

Si es así, indique lo siguiente:

2. Número de caso de 9 dígitos _____

Doy mi consentimiento para la recopilación y intercambio de información y datos confidenciales sobre mi persona entre el DHR y los socios del programa de E&T para planificar, prestar y coordinar servicios, pagos y beneficios y para la recopilación de datos de participación y resultados con fines estatales y federales y otros fines autorizados por la ley. Además, otorgo permiso al DHR y a sus socios para que usen mi información y datos confidenciales y para que los divulguen entre sí para los fines mencionados. La información se puede compartir de forma verbal o por transferencia electrónica, por correo o por entrega personal. Todos los socios y las partes involucradas tienen la obligación de proteger toda la información o datos que sean recopilados y presentados.

Autorizo y doy mi consentimiento para que se recopilen y se compartan todos mis expedientes, datos o información.

Este consentimiento tiene validez por 2 años, independientemente de mi participación en el programa de E&T del DHR. Las copias de este formulario son válidas para dar mi permiso para compartir mis expedientes.

Firma _____ Fecha _____

Testigo (si firma con una x) _____ Fecha _____

State of Alabama Agency-Based Voter Registration Form

NVRA-1B-H
2015.02.09

FOR USE BY U.S. CITIZENS ONLY ♦ **FILL IN ALL BOXES ON THIS FORM** ♦ **PLEASE USE INK** ♦ **PRINT LEGIBLY**

To register to vote in the State of Alabama, you must:

- ▶ Be a citizen of the United States.
- ▶ Reside in Alabama.
- ▶ Be at least 18 years of age on or before election day.
- ▶ Not have been convicted of a disqualifying felony, or if you have been convicted, you must have had your civil rights restored.
- ▶ Not have been declared "mentally incompetent" by a court.

FOR USE BY AGENCY OFFICIAL ONLY

Check one (1) box:

- Registrars
- Motor Voter
- State Designated Agency
- Agency-Based
- Disabilities Services Office

Signature of Agency Representative

Business Phone of Agency Representative

ID requested: You may send with this application a copy of valid photo identification. You will be required to present valid photo identification when you vote at your polling place or by absentee ballot, unless exempted by law. For more information, go to www.AlabamaVoterID.com or call the Elections Division: 800-274-8683.

① Are you a citizen of the United States of America?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ATTENTION! If you answer "No" to either of these questions, do not complete this application.
② Will you be 18 years of age on or before election day?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

③ Print Your Name:	Alabama Driver's License or Non-Driver ID Number:
First _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____	STATE: [] [] [] NUMBER: [] [] [] []

④ Print Maiden Name / Former Name (if reporting a change of name)	IF YOU HAVE NO ALABAMA DRIVER'S LICENSE OR ALABAMA NON-DRIVER ID NUMBER
First _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____	Last four digits of Social Security number: [] [] [] []

⑤ Date of Birth (mm/dd/yyyy)	⑥ Primary Telephone	⑦ Email Address
_____	() _____	_____

Addresses	Current	Address where you live: (Do not use post office box)	Home Address (include apartment or other unit number if applicable) _____ City _____ State _____ ZIP _____
	Old	Address where you receive your mail:	Mailing Address, if different from Home Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
		Address where you were last registered to vote: (Do not use post office box)	Former Address _____ City _____ County _____ State _____ ZIP _____

⑨ Sex (check one)
<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male

⑩ Race (check one)
<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black
<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian
<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other

⑪ Place of Birth	City _____	County _____	State _____	Country _____
-------------------------	------------	--------------	-------------	---------------

⑫ Map / Diagram
If your home has no street number or name, please draw a map of where your house is located. Please include roads and landmarks.

⑬ Did you receive assistance?
If you are unable to sign your name, who helped you fill out this application? Give name, address, and phone number (phone number is optional).

REGISTRARS USE ONLY
DATE <input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DENIED
_____ (mm/dd/yyyy)
County Pct _____
City Pct _____
Board member _____
Board member _____
Board member _____

Voter Declaration - Read and Sign Under Penalty of Perjury	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ I am a U.S. citizen ▶ I live in the State of Alabama ▶ I will be at least 18 years of age on or before election day ▶ I am not barred from voting by reason of a disqualifying felony conviction ▶ I have not been judged "mentally incompetent" in a court of law 	<p>I solemnly swear or affirm to support and defend the constitution of the United States and the State of Alabama and further disavow any belief or affiliation with any group which advocates the overthrow of the governments of the United States or the State of Alabama by unlawful means and that the information contained herein is true, so help me God.</p>
YOUR SIGNATURE _____	DATE (mm/dd/yyyy) _____
If you falsely sign this statement, you can be convicted and imprisoned for up to five years.	

The decision to register to vote is yours. If you decide to register to vote, the office at which you are submitting this application will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you decline to register to vote, your decision will remain confidential and will be used only for voter registration purposes.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AYUDA CON LOS ALIMENTOS

Tiene derecho a que se procese su solicitud dentro de los *treinta días* independientemente de la raza, sexo, religión, origen nacional, edad, discapacidad o inclinación política. Tiene derecho a saber por qué se rechaza su solicitud o por qué se reducen o cancelan sus beneficios. Tiene derecho a solicitar una conferencia o una audiencia imparcial, en forma oral o escrita, si no está conforme con alguna de las decisiones tomadas por el departamento del condado. Tiene derecho a ser representado por cualquier persona que designe. Tiene derecho a evaluar el expediente de su caso sobre Ayuda con los Alimentos en relación con cualquier audiencia que se realice.

Tiene derecho a la *confidencialidad*. La información se usará o divulgará sólo para ciertos propósitos limitados, conforme lo permiten las leyes y normas estatales y federales. La información también se podrá divulgar a agentes del orden público a fin de apresar a personas que huyen de la ley.

La información proporcionada en relación con esta solicitud será controlada por funcionarios federales, estatales y locales con el propósito de determinar su veracidad. Si se determina que algún dato es falso o incorrecto, es posible que se rechacen los beneficios de Ayuda con los Alimentos y que el solicitante tenga que someterse a un *enjuiciamiento penal por brindar deliberadamente información incorrecta*. Toda persona autorizada para actuar en nombre del hogar puede ser privada de su participación como representante durante un año como máximo o puede ser obligada a pagar multas y/o ser enjuiciada si incumple deliberadamente cualquiera de las reglas.

Si surge un reclamo contra su hogar con motivo de la Ayuda con los Alimentos, es posible que la información de esta solicitud, incluidos todos los números de seguro social, se entregue a organismos federales y estatales, así como a organismos privados de cobranza para que tomen las medidas correspondientes.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: La obtención del número de seguro social (SSN) de cada uno de los integrantes del hogar está autorizada conforme a la Ley de Alimentos y Nutrición del 2008 enmendada por la Ley Pública 96-58 (Código de los Estados Unidos 7, 2025F). El número de seguro social se usará en la administración del Programa de Ayuda con los Alimentos no solo para controlar la identidad de los integrantes del hogar y evitar la doble participación, sino también para facilitar la implementación de cambios. Su SSN también se utilizará para el cotejo de datos y para las auditorías o las revisiones del programa a fin de garantizar que su hogar cumpla con los requisitos para recibir Ayuda con los Alimentos. Como resultado, pueden surgir demandas administrativas penales o civiles en contra de las personas que participan de manera fraudulenta en el Programa de Ayuda con los Alimentos. **Proporcionar el SSN de cada integrante del hogar es voluntario. Sin embargo, si no proporciona el SSN de cada integrante del hogar, dicho integrante será descalificado para acceder a los beneficios. De todas maneras, tendrá que proporcionar otra información, tal como los ingresos de ese integrante.**

VERIFICACIÓN: Es posible que tenga que presentar documentación que certifique los datos incluidos en su solicitud. En caso de que no tenga comprobantes, *puede solicitar la ayuda de su trabajador*. La información proporcionada en esta solicitud será controlada utilizando el Sistema de Verificación de Ingresos y Requisitos (IEVS, por sus siglas en inglés) del Estado, otros sistemas de cotejo de datos, revisiones del programa y auditorías. Esto incluye información, tal como recibo de beneficios del seguro social, beneficios por desempleo, ingresos diferidos como intereses y dividendos, y sueldos laborales. Cuando se detecten discrepancias, se puede verificar la información comunicándose con terceros, tales como empleadores, representantes de reclamos o instituciones financieras. Esta información puede afectar su situación en cuanto a los requisitos y su nivel de beneficios. Además, toda la información que se proporcione también puede ser controlada por otros Programas de Asistencia Federal y Programas Estatales que reciben Asistencia Federal, tales como almuerzo escolar, Ayuda Familiar y Medicaid. **Si proporciona deliberadamente información falsa, es posible que se tomen medidas legales o administrativas en su contra. Es posible que tenga que devolver los beneficios de Ayuda con los Alimentos que haya recibido y que no le correspondían.**

A algunos integrantes del hogar ancianos y/o discapacitados se les permite considerar determinados gastos médicos como una deducción cuando tales gastos se nos informan y se nos proporciona el comprobante correspondiente. Los gastos médicos permitidos incluyen gastos tales como los siguientes: medicamentos recetados; facturas de hospitales y asilos para ancianos; visitas al médico, al dentista o a cualquier otro prestador de atención médica; medicamentos de venta libre recetados por un médico; prima de Medicare; prima del seguro hospitalario; seguro para cobertura de medicamentos recetados; gastos de traslado a médicos, hospitales y farmacias, como el monto que se paga por el transporte o la cantidad de kilómetros viajados en su vehículo privado; equipos o aparatos médicos, como audífonos, sillas de rueda, prótesis, anteojos, lentes de contacto, dentaduras postizas, etc.; servicio de ayuda con las tareas domésticas y de asistencia domiciliaria; gastos de mascotas, como alimento para animales y atención veterinaria.

CONDICIÓN DE CIUDADANÍA E INMIGRACIÓN: Solo los ciudadanos estadounidenses y los inmigrantes que cumplen con los requisitos pueden participar en el Programa de Ayuda con los Alimentos. Cualquier miembro del grupo familiar que no sea ciudadano o residente permanente puede quedar fuera del grupo familiar de la asistencia alimentaria.

Proporcionar información de ciudadanía / inmigración es voluntaria. Si no se proporciona esta información, los miembros del grupo familiar no serán elegibles para los beneficios. De todas maneras, tendrá que proporcionar otra información, tal como los ingresos de ese integrante. La División de Ayuda con los Alimentos controlará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) la situación de todas las personas que no sean ciudadanas estadounidenses para las que usted solicita beneficios de Ayuda con los Alimentos. No inspeccionaremos a las personas que no sean ciudadanas estadounidenses y que usted decida no incluir entre los integrantes de su hogar que solicitan ayuda.

No cumplirá con los requisitos para acceder a los beneficios si se niega a colaborar con la finalización del proceso de solicitud o con los controles de requisitos subsiguientes, incluso con los controles que surjan de cambios informados o de recertificaciones o como parte de un Control de Calidad Estatal o Federal.

Su firma en la solicitud servirá de autorización para que los Revisores de Control de Calidad Estatales o Federales verifiquen la situación de su hogar con el fin de determinar si cumple con los requisitos para recibir ayuda con los alimentos.

Usted o cualquier integrante de su hogar pueden dejar de cumplir con los requisitos para recibir beneficios si renuncian de manera voluntaria a un empleo o deciden trabajar menos horas sin causa justificada.

Su hogar no recibirá un aumento de los beneficios de Ayuda con los Alimentos si algún integrante del hogar incumple los requisitos de otro programa basado en los ingresos (verificación de ingresos) como la Ayuda Familiar.

Usted no debe utilizar los beneficios de asistencia alimentaria para comprar productos no elegibles tales como bebidas alcohólicas o tabaco, o para pagar cuentas de crédito.