

Departamento de Servicios Humanos de Arkansas
Solicitud para SNAP y TEA

**SI USTED NECESITA ESTA SOLICITUD EN LETRAS GRANDES,
 COMUNÍQUESE CON SU OFICINA DHS.**

Si necesita este formulario en Español, llame al 1-800-482-8988 y pida la versión en Español.

Nombre del cabeza del grupo familiar			Fecha de nacimiento	Teléfono del trabajo
Dirección postal (<i>Apartado de correos o calle, apartamento/predio n.º</i>)	Ciudad	Estado	Código Zip	Teléfono de casa o celular
Dirección residencial (<i>calle, apartamento/predio n.º</i>)	Ciudad	Estado	Código Zip	Dirección de correo electrónico

¿Qué servicios está solicitando? Por favor use tinta azul o negra.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

♦ ¿Recibe actualmente los beneficios del programa SNAP? SÍ NO

Si cree que su grupo familiar necesita beneficios SNAP inmediatamente, responda las preguntas en la página 2 de este formulario. Si lo hace, podemos determinar si tiene derecho a recibir beneficios SNAP en un plazo de 7 días.

Asistencia de empleo transitorio (TEA) para grupos familiares con menores de 18 años.

♦ ¿Recibe actualmente beneficios del programa TEA? SÍ NO

♦ ¿Tiene un menor de 18 años viviendo en su casa? SÍ NO

1.	¿Usted o alguien en su grupo familiar ha recibido asistencia en otro estado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Si respondió sí, marque todo lo que aplique.	<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TEA
2.	¿Tiene o ha tenido alguna vez una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) en Arkansas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Si es así, ¿tiene la tarjeta en la actualidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3.	¿Usted o algún miembro del grupo familiar han sido condenada o se ha declarado culpable o se declaró <i>nolo contendere</i> (no refutó las acusaciones) por un delito que incluya la manufactura o distribución de una sustancia controlada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4.	¿Le gustaría registrarse para votar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5.	¿Preferiría una entrevista en persona o una entrevista por teléfono?	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono
	Si usted seleccionó una entrevista por teléfono, debe proporcionar un número de teléfono que funcione. <i>Asegúrese de tener el servicio telefónico o minutos disponibles.</i>	_____

Miembros del grupo familiar: Indique todas las personas que viven en su hogar, incluido usted. Si es necesario, adjunte una hoja de papel adicional con los nombres adicionales.

Número de la seguridad social	Nombre completo (nombre, intermedio y apellido)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Esta persona compra y prepara comidas separadamente?	¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Con mi firma, Yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Arkansas a obtener información de otras agencias estatales, instituciones financieras, empleadores, agencias federales y otras fuentes para verificar que mis afirmaciones son correctas. Entiendo que si se encuentran discrepancias entre la información entregada por mí y aquella que poseen las fuentes indicadas arriba, el DHS podrá ponerse en contacto con otras fuentes para su verificación. Entiendo que esta información puede afectar la elegibilidad de mi grupo familiar para recibir beneficios. Yo certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he entregado tal como aparece en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma:	Fecha:
Firma del testigo si el solicitante firma con una "X":	

Algunos solicitantes de SNAP tienen derecho a recibir beneficios SNAP en un plazo de siete días (servicio expedito). Las respuestas a estas preguntas de abajo nos ayudarán a evaluar su grupo familiar para el servicio expedito de SNAP. Responda cada pregunta por usted y todos los miembros de su grupo familiar.

Servicio Expedito SNAP para todos los grupos familiares:

1.	¿Cuál es la renta mensual total antes de los descuentos de su grupo familiar? <i>Las deducciones son cantidades que se descuentan para impuestos, seguros, etc. El total mensual debe incluir el dinero que usted y otros miembros del grupo familiar reciben por trabajo y el dinero recibido en forma de cheques o efectivo. Incluya el dinero que usted y los otros miembros de su grupo familiar ya hayan recibido este mes y el dinero que recibirá antes de que termine el mes.</i>	\$
2.	¿Cuánto dinero tienen actualmente usted y los miembros de su grupo familiar en efectivo, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, etc.?	\$
3.	¿A cuánto ascienden los costos de vivienda y servicios básicos de su grupo familiar? <i>Solo importes regulares. No incluya totales adeudados.</i>	\$

Servicio Expedito SNAP para grupos familiares con migrantes o trabajadores agrícolas temporales:

1.	¿Algún integrante de su grupo familiar es emigrante o trabajador agrícola temporal?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2.	¿Se ha interrumpido recientemente los ingresos de su grupo familiar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3.	¿Usted o alguien en su grupo familiar esperan recibir ingresos de una nueva fuente durante este mes?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	(A) Si es así, ¿a cuánto ascenderá el ingreso?	\$
	(B) ¿Cuándo espera recibir este ingreso?	FECHA:

Para uso exclusivo del condado	Expedito: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Evaluador:	Fecha de evaluación: Fecha LD:
Notas:	

Declaración de etnicidad: El DHS está obligado a preguntar datos raciales y étnicos a los grupos familiares que solicitan o participan en el Programa SNAP. Usted no está obligado a completar esta sección para recibir asistencia. Si su solicitud es aprobada, su nivel de beneficios no se verá afectado por su decisión de completar o no completar esta sección. El DHS le recomienda que responda las preguntas de abajo.

- ¿Es usted hispano o latino? (Elija solo una respuesta) SÍ NO
- ¿Cuál es su raza? (Elija una o más)

<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de islas del pacifico o nativo de Hawái
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Otros

Ingresos : Marque cada tipo de ingreso que usted o alguien que reside en su hogar recibe actualmente.

<input type="checkbox"/> Sueldo/salario/utilidades	<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo	<input type="checkbox"/> Asignación para formación
<input type="checkbox"/> Ingresos de SSA o SSI	<input type="checkbox"/> Indemnización laboral/pago por enfermedad	<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses
<input type="checkbox"/> Jubilación/pensión/anualidad	<input type="checkbox"/> Ingresos por auto-empleo	<input type="checkbox"/> Ingresos del programa VISTA
<input type="checkbox"/> Manutención/pensión alimenticia para menores	<input type="checkbox"/> Asignación militar	<input type="checkbox"/> Contribuciones en efectivo
<input type="checkbox"/> Beneficios para empleados de ferrocarriles o para veteranos	<input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler de propiedades	<input type="checkbox"/> Otros _____

Recursos

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuenta corriente/de ahorro | <input type="checkbox"/> Caravanas/RV (hogar motorizado) | <input type="checkbox"/> Acciones/bonos/fondos mutuos |
| <input type="checkbox"/> Fondo de fideicomiso | <input type="checkbox"/> Motocicleta o Vehículo todo terreno (ATV) | <input type="checkbox"/> Hogar móvil |
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Carrito de golf/karting/ciclomotor | <input type="checkbox"/> Sepulturas/Plan de entierro pre-pagado |
| <input type="checkbox"/> Cuenta Christmas de ahorro a corto plazo | <input type="checkbox"/> Coche/camión/camioneta | <input type="checkbox"/> Bienes raíces (sin incluir su hogar) |
| <input type="checkbox"/> IRA/ KEOGH/ 401K | <input type="checkbox"/> Embarcación/vehículos motorizados/remolques | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

¿Usted o alguien en su hogar ha vendido o regalado algún bien en los últimos 3 meses? SÍ NO

Gastos: Marque cada tipo de gastos que usted o alguien que reside en su hogar tiene que pagar.

- | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alquiler | <input type="checkbox"/> Seguro sobre el hogar | <input type="checkbox"/> Niñera o guardería |
| <input type="checkbox"/> Pago de hipoteca | <input type="checkbox"/> Servicios públicos | <input type="checkbox"/> Costos médicos |
| <input type="checkbox"/> Impuestos a la propiedad | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia |

El no informar y verificar los gastos indicados será considerado como una declaración de su grupo familiar de que no quiere recibir un descuento por los gastos no informados.

Estudiantes: ¿Alguien en su hogar está matriculado en un centro universitario, escuela vocacional, escuela técnica u otro programa de formación posterior a la enseñanza secundaria? SÍ NO Si contesto sí, complete la información de abajo.

1.	Nombre del estudiante	
2.	Escuela o programa de formación	
3.	Estatus de matriculación	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
4.	¿El o la estudiante participa en el Programa Work Study de estudio y trabajo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Representante autorizado: Si quiere autorizar a alguien para que lo represente, complete la siguiente información. Si nombra a un representante autorizado, esta persona podrá representarlo en la entrevista y hablar con el trabajador DHS del condado en su nombre.

Nombre				
Dirección postal (<i>Apartado de correos o calle, apartamento/predio n.º</i>)	Ciudad	Estado	Código Zip	Teléfono de casa o celular

Aviso a los solicitantes - Por favor lea la información que se ofrece abajo:

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o todo o parte de los ingresos de la persona proceden de algún programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las prohibiciones se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja de discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el formulario de queja por discriminación de programa (USDA Program Discrimination Complaint Form) disponible en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina de USDA, o llame al teléfono (866) 632-9992 para pedir el formulario. Usted también puede escribir una carta incluyendo toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o una carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas que son sordas, tienen dificultades de audición o problemas de habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio federal de transmisiones Federal Relay Service a (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (en español).

Para cualquier otra información sobre asuntos del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP), las personas deberían comunicarse con la línea gratuita SNAP de USDA al (800) 221-5689, que también atiende en español o llamar a las líneas/teléfonos gratuitos de información estatal (State Information Hotline Numbers); disponible en línea en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotline.htm.

USDA es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

La entrega del Número del Seguro Social y/o de información sobre ciudadanía o condición migratoria es voluntaria: Sin embargo, toda persona que no entregue o se niegue a proporcionar esta información no será elegible para recibir beneficios de SNAP y/o TEA. Otros miembros de su grupo familiar que sí entreguen esta información podrán participar en SNAP y/o TEA si se determina que el grupo familiar es elegible.

La participación en SNAP no tiene un límite de tiempo. Usted puede continuar recibiendo beneficios SNAP mientras siga siendo elegible según las reglas del programa. Esto es verdad incluso si alguien en su hogar recibe asistencia en efectivo TEA/Work Pays. Si alguien en su hogar recibe asistencia en efectivo de los programas TEA/Works Pays, la participación en SNAP no se tomará en cuenta para los límites de tiempo de TEA/Works Pays.

Entrega de información - Usted debe declarar los Números del Seguro Social para cada persona que recibirá beneficios. Traer cosas como sus comprobantes de sueldo más recientes, cartas de adjudicación y estados de cuenta bancaria a la entrevista puede agilizar el proceso de solicitud. Durante la entrevista, el funcionario del DHS le dirá si debe traer información adicional.

Direcciones postales de las oficinas DHS del condado

Condado	Dirección	Ciudad	Código Zip	Condado	Dirección	Ciudad	Código Zip	Condado	Dirección	Ciudad	Código Zip
Arkansas	100 Court Square	DeWitt	72042	Grant	PO Box 158	Sheridan	72150	Ouachita	PO Box 718	Camden	71711
Arkansas	PO Box 1008	Stuttgart	72160	Greene	809 Goldsmith Road	Paragould	72450	Perry	213 Houston Ave.	Perryville	72126
Ashley	PO Box 190	Hamburg	71646	Hempstead	116 N. Laurel	Hope	71801	Phillips	PO Box 277	Helena	72342
Baxter	PO Box 408	Mt. Home	72654	Hot Spring	2505 Pine Bluff St.	Malvern	72104	Pike	PO Box 200	Murfreesboro	71958
Benton	900 SE 13th Court	Bentonville	72712	Howard	PO Box 1740	Nashville	71852	Poinsett	PO Box 526	Harrisburg	72432
Boone	PO Box 1096	Harrison	72601	Independence	100 Weaver Ave	Batesville	72501	Polk	P.O. Box 1808	Mena	71953
Bradley	PO Box 509	Warren	71671	Izard	PO Box 65	Melbourne	72556	Pope	701 N. Denver	Russellville	72801
Calhoun	PO Box 1068	Hampton	71744	Jackson	PO Box 610	Newport	72112	Prairie	PO Box 356	DeValls Bluff	72041
Carroll	PO Box 425	Berryville	72616	Jefferson	PO Box 5670	Pine Bluff	71611	Pulaski East	PO Box 8083	Little Rock	72203
Chicot	PO Box 71	Lake Village	71653	Johnson	PO Box 1636	Clarksville	72830	Pulaski Jax.	PO Box 626	Jacksonville	72078
Clark	PO Box 969	Arkadelphia	71923	Lafayette	2612 Spruce St.	Lewisville	71845	Pulaski No.	PO Box 5791	N. Little Rock	72119
Clay	PO Box 366	Piggott	72454	Lawrence	PO Box 69	Walnut Ridge	72476	Pulaski So.	PO Box 2620	Little Rock	72203
Cleburne	PO Box 1140	Heber Springs.	72543	Lee	PO Box 309	Marianna	72360	Pulaski Sw.	PO Box 8916	Little Rock	72219
Cleveland	PO Box 465	Rison	71665	Lincoln	101 W. Wiley St.	Star City	71667	Randolph	1408 Pace Rd.	Pocahontas	72455
Columbia	PO Box 1109	Magnolia	71754	Little River	90 Waddell St.	Ashdown	71822	Saline	1603 Edison Ave.	Benton	72018
Conway	PO Box 228	Morrilton	72110	Logan-1	#17 W. McKeen	Paris	72855	Saline	101 NW 3rd, Suite E	Bryant	72022
Craighead	PO Box 16840	Jonesboro	72403	Logan-2	398 E. 2nd St.	Booneville	72927	Scott	PO Box 840	Waldron	72958
Crawford	704 Cloverleaf Circle	Van Buren	72956	Lonoke	PO Box 260	Lonoke	72086	Searcy	106 School St.	Marshall	72650
Crittenden	401 S. College Blvd	W. Memphis	72301	Madison	PO Box 128	Huntsville	72740	Sebastian	616 Garrison	Ft. Smith	72901
Cross	803 E. Hwy 64	Wynne	72396	Marion	PO Box 447	Yellville	72687	Sevier	924 E. Collin Ray Dr., Suite B&C	DeQueen	71832
Dallas	1202 W. 3rd St.	Fordyce	71742	Miller	3809 Airport Plaza	Texarkana	71854	Sharp	1467 Hwy 62/412 Ste. B	Cherokee Village	75229
Desha	PO Box 1009	McGehee	71654	Mississippi 1	1104 Byrum Rd.	Blytheville	72315	St Francis	PO Box 899	Forrest City	72336
Drew	PO Box 1350	Monticello	71657	Mississippi 2	437 S Country Club	Osceola	72370	Stone	1821 E Main	Mountain View	72560
Faulkner	1000 E. Siebenmorgan	Conway	72032	Monroe-1	PO Box 354	Clarendon	72029	Union	123 W. 18th St.	El Dorado	71730
Franklin	800 W Commercial	Ozark	72949	Monroe-2	301½ N New Orleans	Brinkley	72021	Van Buren	449 Ingram St.	Clinton	72031
Fulton	PO Box 650	Salem	72576	Montgomery	PO Box 445	Mt. Ida	71957	Washington	4044 Frontage	Fayetteville	72703
Garland	115 Stover Lane	Hot Springs	71913	Nevada	PO Box 292	Prescott	71857	White	608 Rodgers Drive	Searcy	72143
				Newton	PO Box 452	Jasper	72641	Woodruff	PO Box 493	Augusta	72006
								Yell	PO Box 277	Danville	72833

Doble por la mitad y pegue los extremos entre sí.

Use las direcciones de arriba para enviar su solicitud a la Oficina DHS local de su Condado

Dirección del remitente

**Coloque
el sello
aquí**

Envíe por correo o entréguelo en la oficina DHS de su condado