

Solicitud para Ayuda Económica

¿Qué es Ayuda Económica y cómo se solicita la Ayuda Económica?

Los programas de Ayuda Económica ayudan a individuos de bajos recursos, a familias, a niños, a mujeres embarazadas, a personas con discapacidades y a los ancianos proveyéndoles servicios médicos, nutricionales, financieros, y administración de casos.

Paso 1 - Responda todas las preguntas. Firme y ponga fecha a la solicitud. Si usted necesita ayuda llenando el formulario o trayéndolo a la oficina local de los servicios sociales, por favor llame a su oficina local de los servicios sociales y pida ayuda.

Paso 2 – Envíe por correo, fax, o lleve su solicitud a la oficina local de servicios sociales. Usted tiene el derecho de presentar esta solicitud después de escribir su nombre, dirección, y firma en esta página. La fecha en que recibamos esta página comenzará el tiempo que tenemos para decidir su elegibilidad para el programa de ayuda suplementaria de nutrición (SNAP en inglés), y/o programas médicos.

Paso 3 - Entrevista. Proporcione prueba de sus ingresos y de gastos. Si ésta no es una nueva solicitud necesitaremos solamente la verificación de cualquier cambio. Se requiere una entrevista si solicita para el programa de ayuda suplementaria de nutrición (SNAP en inglés) o la ayuda temporal para las familias necesitadas (TANF en inglés).

Díganos sobre usted

Conteste estas preguntas sobre usted.

Nombre	Inicial del Segundo nombre	Apellido (paterno y materno)	Número de Seguro Social
Fecha de nacimiento	Teléfono de su casa		Teléfono del trabajo o para mensajes
Dirección de vivienda		Número de apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo (si es diferente de la dirección de vivienda)		¿Usted vive en una reservación indígena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Direcciones a su casa (si no hay ninguna dirección)			

¿Cuándo conseguiré ayuda?

Programa de ayuda suplementaria de nutrición (SNAP en inglés) en un plazo de 7 días:

Usted debe llenar la solicitud entera y completar una entrevista. Usted debe entregar una copia de su identificación tal como su licencia de conductor, tarjeta de Seguro Social, u otros papeles de inmigración. Usted recibirá beneficios SNAP (si es elegible) en un plazo de 7 días si usted cumple con uno de los siguientes:

- Hogares con ingresos brutos mensuales menos de \$150 y recursos menos de \$100; u
- Hogares con alquiler, hipoteca, y las utilidades que sean más que los ingresos brutos mensuales y los recursos del hogar; o
- Hogares con un trabajador agrícola migrante o estacional con recursos (incluyendo efectivo, cuenta de ahorros y cuenta corriente) de \$100 o menos, cuyo ingreso está terminando o está comenzando.

Beneficios SNAP en 30 días:

Usted recibirá beneficios SNAP en 30 días si usted es elegible. Si usted no es elegible usted recibirá una carta de explicación.

Ayuda médica en 45 días:

Para la mayoría de los programas médicos usted recibirá un aviso determinando su elegibilidad en 45 días después del recibo de la solicitud

Ayuda temporal para las familias necesitadas (TANF) en 30 días:

Los beneficios se determinarán a partir de la fecha en que se recibe la solicitud firmada. (Se requiere otra solicitud para TANF)

¿Usted necesita servicios de intérprete?

Sí No

¿Qué tipo de ayuda? Lenguaje Representación visual o auditiva Otro (los servicios del intérprete son gratuitos)
Si necesita ayuda con un lenguaje, ¿qué idioma? _____

Yo certifico que daré al departamento de servicios sociales de Dakota del Sur toda la información necesaria para revisar mi solicitud para TANF, SNAP, y programas médicos. Esta información será verdadera y estará correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Por favor firme a continuación.

Firma

Fecha de hoy

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

Expedited: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Receipt Date	Case Number
Application: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Recert		

¿Puedo elegir que alguien me ayude?

Usted puede elegir un representante autorizado para que le ayude a completar su solicitud, para que dé información en su entrevista, y para que hable con su especialista de beneficios por usted. Si usted desea tener un representante autorizado, díganos sobre esta persona completando la información siguiente:

Nombre (del Representante Autorizado)	Número de Teléfono
Dirección	

¿Quién vive en su hogar?

1. Por favor complete la siguiente información para todas las personas que viven en su hogar.

► Dar el número de Seguro Social y la ciudadanía es opcional para personas que no piden ayuda. Completar la sección de raza es también opcional.

*Códigos de estado Marital: M-Casado S-Separado D-Divorciado W-Viudo/a N-Nunca Casado

** Códigos de raza: W-Blanco A-Nativo-Americano/Alaska-Americano B-Negro H-Hawaiano/Isleño del Pacífico O-Asiático

Circule La Ayuda Necesaria	Nombre, Inicial del 2 ^{do} nombre, Apellido(paterno y materno)	Relación A usted Esposo, Hijo Hija Hermano, etc.	Número de Social Seguridad	Fecha de Nacimiento	Último Grado En la Escuela	Sexo Circule Uno	* Estado Civil Circule Uno	** Raza Puede Circular más de uno	Hispano o Latino Circule uno	Ciudadano de los E.E.U.U. Circule uno
							M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno		Uno mismo		Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No
SNAP Médico TANF Ninguno				Lugar de nacimiento		M	M S D W N	W A B H O	Sí No	Sí No

** Si usted tiene más personas que vivan en su hogar, por favor complete una página adicional **

2. ¿Hay alguna persona en el hogar que no compre o prepare comidas con usted? Si marcó sí, haga una lista. Sí No

Nombre	Relación	Nombre	Relación

3. ¿Con excepción de usted y de su esposo, hay otros padres con niños viviendo en su hogar? Si marcó sí, haga una lista. Sí No

Padre/Madre	Niños

4. ¿Hay otros nombres que usen las otras personas en el hogar (nombres de soltero/a, otros nombres, etc.)? Si marcó sí, haga una lista de ellos Sí No

Nombre del Miembro del Hogar	Otros Nombres

5. ¿Hay otros estados en donde usted haya recibido ayuda alimenticia, médica o efectivo? Si marcó sí, haga una lista. Sí No

Ciudad/Estado	Fecha	Condado	Número de Teléfono	Nombre del Trabajador(a)

6. ¿Hay alguien en el hogar que reciba mercancía de una tribu? Sí No

7. ¿Hay personas en el hogar que asistan a la escuela? Si marcó sí, haga una lista: Sí No

Nombre	Escuela	Estado	¿Internado?
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos que de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos que de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos que de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos que de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos que de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

8. ¿Hay alguna persona en el hogar que se esté ocultando o huyendo de la ley?: Sí No

- para evitar acción judicial o el procesamiento de una felonía
- para evitar caer en custodia, o ir a la cárcel por una felonía, o por un intento de felonía
- violación de libertad condicional o supervisión bajo un oficial

Si marcó sí, haga una lista de nombres _____

9. ¿Hay alguna persona que se haya sido condenado de lo siguiente después de septiembre 22, 1996? Sí No

- recibir fraudulentamente los beneficios de ayuda alimentaria, TANF, médicos, o Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI) en cualquier estado
- comprar o vender beneficios de asistencia alimentaria de \$500 o más
- negociar asistencia alimentaria por armas, municiones, explosivos, o drogas

Si marcó sí, haga una lista de nombres _____

¿Qué recursos tienen los miembros de su hogar?

10. ¿Hay una persona en el hogar que posea o sea co-dueño de coches, carros, camionetas, barcos, campers, motocicletas, motos, nieve, remolques, o vehículos para todo terreno?
Si marcó sí, haga una lista. Sí No

Dueño/copropietario	Año	Marca (Ford, Chevy, etc.)	Modelo (Tauro, chaqueta, etc.)	Cantidad Debida	Valor	¿Alquila el vehículo?
				\$	\$	Sí No
				\$	\$	Sí No
				\$	\$	Sí No
				\$	\$	Sí No
				\$	\$	Sí No

11. ¿Con excepción de la casa en la que usted vive, es dueño(a) de terrenos, edificios, o casas poseídas o co-poseídas por alguna persona en su hogar?
Si marcó sí, haga una lista. Sí No

Dueño/copropietario	Tipo/Ubicación	Valor	Cantidad debida	¿De venta o alquilo?
		\$	\$	
		\$	\$	

12. ¿Hay alguna persona en su hogar, incluyendo niños, que sea dueño/co-dueño de cualquiera de los siguientes tipos de recursos? Si marcó sí, haga una lista. Sí No

Ejemplos: efectivo, cuenta corriente, ahorros, unión de crédito, acciones, bonos, certificados de depósito, seguros de vida, fondos fiduciarios, dineros indios individuales (IIM), cuentas de mercado monetario, planes de pagos a plazo, fondos de entierro, contratos de escrituras, cuentas de jubilación, IRAs, 401K, plan de Keogh, u otros artículos del valor.

Nombre	Tipo de Recurso	Banco/Ubicación	Número de cuenta	Valor/ Balance
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

13. ¿Hay alguna persona en el hogar que haya vendido, negociado, o regalado cualquier cosa de valor en los últimos 3 meses? (dinero, tierra, vehículos, edificios, casa, etc.) Si marcó sí, haga una lista. Sí No

Nombre	¿Qué fue transferido?	Fecha de Transacción	Valor
			\$
			\$

¿Qué tipo de ingresos reciben los miembros de su hogar?

14. ¿Hay alguna persona en su hogar, incluyendo niños, que ganen ingresos por trabajar? Sí No
 Si marcó sí, haga una lista de todos los ingresos.

¿Quién está trabajando?	Patrón	Horas trabajo por mes	Ingresos en Bruto de los últimos 30 días	Propinas	¿Qué tan frecuente pagan?	Fecha del Próximo Cheque
			\$	\$	<input type="checkbox"/> semenal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	
			\$	\$	<input type="checkbox"/> semenal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	
			\$	\$	<input type="checkbox"/> semenal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	
			\$	\$	<input type="checkbox"/> semenal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	

15. ¿Hay alguna persona en el hogar que tenga ingresos de “Experience Works”, WIA, o trabajo de estudio universitario? Sí No

16. ¿Hay alguna persona en el hogar que trabaje independientemente? Sí No
 Si marcó sí, haga una lista.

Nombre	Tipo de Trabajo	Ingresos por mes después de gastos
		\$
		\$

17. ¿Se le han terminado los ingresos a alguna persona durante los últimos 60 días o están en huelga? Sí No
 Si marcó sí, haga una lista.

Nombre	Patrón	Último día de trabajo	Fecha del último cheque	Razón de irse

18. ¿Hay alguna persona en el hogar que sea un trabajador agrícola migrante o temporal? Sí No

19. ¿Hay alguna persona incapaz de trabajar debido a un problema de salud? Sí No
 Si marcó sí, haga una lista.

Nombre	¿Han solicitado compensación al trabajador de SSA/SSI/VA?	Si marcó sí, Escriba la fecha de solicitud
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

20. ¿Hay alguna persona en el hogar, incluyendo niños, que reciban ingresos que no sean de un trabajo? Si marcó sí, haga una lista. Sí No

Ejemplos: Manutención al menor, alimentos, Seguro Social, suplemento del estado SSI, SSI, BIA GA, TANF tribal, desempleo, remuneración del trabajador, beneficios al veterano, retiro, pensiones, anualidades, dividendos, ingresos de alquiler, arriendo tribal o ingresos per cápita, premios, dinero de la familia o de amigos, y el resto de las fuentes de ingresos.

Nombre	Fuente de ingreso	Ingreso total de este Mes
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

¿Qué gastos tiene su hogar?

21. ¿Hay alguien en su hogar que pague por techo y utilidades?

Sí No

Si marcó sí, haga una lista.

Alquiler	\$	por mes	
Si alquila una casa, nombre propietario:		Teléfono:	
Alquiler de Lote	\$	por mes	
Hipoteca	\$	por mes	
Impuestos territoriales	\$	por mes (si no están incluidos en la hipoteca)	
Seguro al dueño de casa	\$	por mes (si no está incluido en la hipoteca)	

Marque las cajas de las cuentas de que usted es responsable para pagar.

Aire Acondicionado

Basura

Calefacción (Si es Con Madera: Compra Corte)

Electricidad

Alcantarillado/drenaje

Teléfono

Agua

Combustible para cocinar

Ningún

Todas las mencionadas

22. ¿Hay alguien en el hogar que pague los gastos de guardería infantil o para adultos inválidos debido al trabajo o escuela? Si marcó sí, haga una lista.

Sí No

Nombre de la persona en cuidado	Gasto Mensual	Proveedor
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

23. ¿Hay alguien en el hogar que pague manutención infantil por orden de la corte a otro hogar? Si marcó sí, haga una lista.

Sí No

Nombre de la persona que paga	Cuánto paga por mes	A quien se le paga

24. ¿Hay alguien que esté deshabilitado o de la tercera edad (60 años o más), que pague gastos médicos? Si marcó sí, haga una lista.

Sí No

Incluya las cuentas del doctor y del hospital, los costos de medicamentos recetadas, dentales, lentes, transporte, prima de Medicare, prima del seguro de salud, etc.

Nombre	La Cantidad Total por mes

25. ¿Usted recibe ayuda al pagar gastos? Si marcó sí, haga una lista.

Sí No

Incluya la ayuda que usted consigue de cualquier agencia, organización o persona que paga los gastos del hogar. Los ejemplos incluyen ayuda al hogar, ayuda con calefacción / energía (LIEAP), ayuda de cuidado infantil, etc.

¿Qué gastos fueron pagados?	Nombre de la persona que paga

¿Usted está solicitando ayuda médica?

Por favor conteste a las preguntas 26-30 solamente si usted quiere ayuda médica.

26. ¿Hay alguien embarazada en el hogar? Si marcó sí, haga una lista Sí No

nombre	Fecha de Parto	Número de bebés que se esperan

27. ¿Hay alguien que pida ayuda médica que tenga cuentas médicas sin pagar por el cuidado recibido en los últimos 3 meses? Sí No
Si marcó sí, haga una lista.

Nombre	Mes de Gasto Médico

28. ¿Hay alguien en el hogar que esté cubierto por seguro médico que no sea Medicaid/CHIP? Sí No
Si marcó sí, haga una lista.

Persona Cubierta	Quien tiene la póliza	Nombre y dirección de Compañía	Marque el Tipo de Seguro	Grupo # Póliza #	Fecha de inicio o Término
			<input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> visión <input type="checkbox"/> Medicare B <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> Medicare D <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> Medigap <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Paciente internado <input type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> Servicio de misma día <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador		
			<input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> visión <input type="checkbox"/> Medicare B <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> Medicare D <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> Medigap <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Paciente internado <input type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> Servicio de misma día <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador		

29. ¿Hay algún miembro del hogar que haya pedido ayuda médica que haya dejado el seguro médico durante los últimos 3 meses? Sí No

30. ¿Hay alguien que perdió el trabajo y el seguro médico? Sí No
Si marcó sí, nombre la compañía _____ fecha en que terminó el seguro _____

¿Usted está solicitando TANF?

Por favor conteste las preguntas 31 y 32 solamente si usted quiere ayuda de TANF.

31. ¿Hay algien que haya sido condenado por el crimen de posesión, uso, o distribución de una sustancia de droga controlada después del 22 de agosto de 1996? Sí No
Si marcó sí, haga una lista _____ indique donde fueron codenados: _____

32. ¿Hay algún niño menor de 19 cuyo(s) padre(s) no estén en casa? Sí No

¿Le gustaría registrarse para votar?

Cualquier ciudadano en el estado de Dakota del Sur que cumpla con los requisitos del registro de votantes y solicite ayuda pública debe ser proporcionado la oportunidad de registrarse para votar.

¿Si usted no está registrado para votar donde usted vive, le gustaría registrarse para votar aquí hoy? Sí No
Si usted no marcó ninguna caja, se considerará como haber decidido no registrarse para votar.

Por favor observe que la información y la oficina a las cuales usted presentó su solicitud serán confidenciales y serán utilizadas para los propósitos del registro de votantes. Aplicando a registrarse o rechazando registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda o de servicios que usted puede recibir del departamento de servicios sociales. Si usted quisiera ayuda para llenar el formulario del registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar la solicitud en privado.

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar, su derecho a la privacidad en decidir si se registra o en aplicar para registrarse al voto, o su derecho a elegir el su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja con:

South Dakota State Secretary, 500 E Capitol, Pierre SD 57501, (605) 773-3537

Lea las siguientes secciones cuidadosamente

- Estoy de acuerdo con informar al departamento de servicios sociales de SD cuando
 - o los ingresos del hogar excedan la cantidad máxima para el tamaño de mi hogar; o cuando
 - o yo o uno de los miembros de mi hogar seamos elegibles solamente debido a trabajar 20 horas a la semana y el empleo cese o las horas disminuyan a menos de 20 horas a la semana
- Si recibe ayuda médica, estoy de acuerdo informar al departamento de servicios sociales de SD si el número de personas que viven conmigo cambia, si hay un cambio en ingresos o recursos, o un cambio en el seguro.
- Entiendo que al solicitar y al aceptar ayuda médica, asigno cualquier ingreso o cualquier otra ayuda de tercera persona para cada persona quien la cobertura médica fue pedida, al departamento de servicios sociales de SD.
- Entiendo que tengo el derecho de apelar, antes de 30 días, si mi solicitud para SNAP y/o para TANF no son atendidas por la oficina de ayuda económica. También tengo el derecho de apelar si mi solicitud médica no se responde en 45 días por la oficina de ayuda económica.
- Entiendo que tengo el derecho de apelar, en un plazo de 90 días, si no estoy de acuerdo con cualquier decisión tomada con respecto a mi solicitud de SNAP. También entiendo que tengo el derecho de apelar en un plazo de 30 días si no estoy de acuerdo con cualquier decisión tomada con respecto a mis solicitudes para TANF y ayuda médica.
- Tengo el derecho de presentar una queja de discriminación de acuerdo con leyes del estado y federales y con la política del Ministerio de Agricultura de los E.E.U.U. que prohíben la discriminación en base de la raza, de color, de origen nacional, de sexo, de edad, de religión, de creencia política, o de inhabilidad (no todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas). Puedo presentar una queja por escrito a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW., Washington D.C. 20250-9410 o llamar al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un patrón y proveedor con oportunidades de igualdad para todos. Puedo también presentar una queja de discriminación por escrito a DSS, Legal Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501 o llamar al (605) 773-3305.
- Las leyes federales y estatales y las regulaciones limitan el uso y la divulgación de información confidencial o protegida de la salud de los aspirantes y clientes de programas de ayuda.
- NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL: Los números del Seguro Social se deben proporcionar a todos los miembros que solicitan o que reciban ayuda (ley pública 104-193 gobernando TANF, acta de alimentación y nutrición del 2008 según la enmienda prevista con la ley pública 110-246, y 67:46:01:12 de ARSD gobernando la ayuda médica). Los individuos que solicitan ayuda pueden pedir ayuda cuando obtengan los números del Seguro Social. Los números del Seguro Social no serán compartidos con inmigración federal pero se pueden utilizar o divulgar para determinar el nivel de elegibilidad y el nivel de beneficios, para prevenir la participación duplicada, para verificar la exactitud de la información proporcionada, que se usa para comparar los archivos de agencias federales y Estatales (departamento de trabajo, Seguro Social, servicio de ingresos internos, etc.), ayuda en la colección de pagos excesivos de beneficios, y atrapar a personas que huyen para evitar la ley, si se requerida.

CONSECUENCIAS:

Si usted hace lo siguiente....	Usted....
<ul style="list-style-type: none"> • Esconde información ~ o hace declaraciones falsas • Usa los beneficios SNAP~ que pertenezcan a alguien más • Usa los beneficios SNAP para comprar alcohol o tabaco • Cambia o vende los beneficios SNAP, tarjetas EBT de Dakota del Sur, o comestibles comprados con los beneficios SNAP 	Perderá los beneficios SNAP y/o de TANF: <ul style="list-style-type: none"> • por 12 meses por la primera ofensa • por 24 meses por la segunda ofensa • permanentemente en la tercera ofensa se puede referir para enjuiciamiento penal
<ul style="list-style-type: none"> • Cambia beneficios SNAP por sustancias controladas tales como drogas 	Perderá los beneficios SNAP: <ul style="list-style-type: none"> • por 24 meses por la primera ofensa • permanentemente en la segunda ofensa
<ul style="list-style-type: none"> • Cambia beneficios SNAP por armas de fuego, municiones, o explosivos • Cambia, compra o vende los beneficios SNAP, por \$500 o más 	Perderá los beneficios SNAP permanentemente
<ul style="list-style-type: none"> • Da información falsa al solicitar o recibir ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> • Será multado hasta \$1000 o hasta 12 meses de condena en la cárcel del condado, o ambos, si es condenado por un delito menor • Será multado hasta \$2000 o hasta 2 años de condena en la prisión, o ambos, si es condenado por una felonía
<ul style="list-style-type: none"> • Da información falsa que afecte la elegibilidad de la ayuda médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Perderá la ayuda médica hasta por un año • Será multado con \$5000 o hasta 5 años de condena en la prisión, o ambos, si es condenado
Usted también puede ser multado hasta \$250,000 o ser condenado a la prisión hasta 20 años, o ambos, por hacer estas cosas. Usted puede también recibir cargos bajo otros programas federales o del estado y se podrían pedir los gastos de esa ayuda. Usted puede también tener el cargo de perjurio.	

Entiendo que la información en esta forma está sujeta a la verificación por oficiales federales, estatales y locales para determinar que esta información en esta solicitud está correcta y completa incluyendo ciudadanía y el estado del extranjero de los miembros que solicitan ayuda. Si alguna información es incorrecta, los beneficios pueden ser reducidos o terminados y yo seré responsable de restituir los beneficios. Yo declaro y afirmo bajo penas de perjurio que esta solicitud ha sido examinada por mí y a lo mejor de mi conocimiento y creencia está en todas las cosas verdaderas y correctas. Entiendo que puedo ser enjuiciado por causa criminal por proporcionar información incorrecta sabiéndolo.

Firma del solicitante	Fecha
Firma del Representante autorizado	Fecha

Firma del entrevistador	Fecha
--------------------------------	--------------

Recordatorios de la Ayuda Económica

¡POR FAVOR GUARDE ESTA SECCIÓN PARA SUS EXPEDIENTES!

Información para SNAP:

- Usted **debe** reportar al departamento de servicios sociales (DSS) cuando
 - o Sus ingresos domésticos exceden la cantidad máxima para el tamaño de su hogar
 - o Si usted o uno de los miembros de su hogar son elegibles solamente debido a trabajar 20 horas a la semana y el empleo cese o las horas disminuyan a menos de 20 horas a la semana
 - o Si se le pide, debe llenar el formulario de reporte en seis meses.
- Los números del Seguro Social (SSN) se deben proporcionar para todos los miembros del hogar sobre la edad de 6 meses si usted quiere los beneficios para el individuo. Los niños de 7 meses o más sin un SSN deben proporcionar la prueba que un SSN se ha solicitado o el niño será inelegible para los beneficios hasta que se proporcione el SSN o la prueba de la solicitud se reciba.
- Si es elegible, le dan derecho a un beneficio de SNAP por mes. Si usted aplica después de 15 del mes, usted puede recibir los beneficios del primer y segundo mes al mismo tiempo.
- Si usted recibe la cantidad incorrecta de beneficios, usted tendrá que restituirlos.
- Usted no puede recibir beneficios de SNAP y mercancía en el mismo mes, a menos que la mercancía se distribuya con el programa caja del anciano.
- Si usted está entre las edades de 18-49, es capaz de trabajar pero no está trabajando, usted puede ser elegible para los beneficios por solamente 3 meses durante un plazo de 36 meses a menos que usted viva con un dependiente menor de 18 o que se cumpla con otros criterios de la exención.
- Si usted puede trabajar, usted debe registrarse para trabajar y cooperar con requisitos del registro de trabajo. La falta de cooperación dará lugar a la descalificación. El abandono de un trabajo o la reducción voluntaria de horas de empleo puede también dar lugar a la descalificación.
- Si recibe TANF, usted debe cooperar con el programa de trabajo de TANF, o sus beneficios de TANF y/o SNAP pueden ser reducidos o cesar.
- Todos los miembros adultos del hogar deben leer y firmar una autorización de suministrar/dar información.
- Usted puede gastar los beneficios SNAP como efectivo en los almacenes autorizados para alimentos y para criar plantas o semillas comestibles de jardín que produzcan alimento para comer. Usted no puede comprar alcohol, tabaco, vitaminas, medicina, alimento de animal doméstico, productos de papel, o alimentos calientes preparados para la consumición inmediata con sus beneficios SNAP.
- No se le permite pagar alimentos con crédito con los beneficios SNAP. Si usted lo hace, usted puede perder los beneficios.
- Es ilegal vender o negociar su tarjeta EBT de SD o los artículos comprados con los beneficios SNAP.
- Una vez que usted ha recibido sus beneficios, usted puede utilizarlos ese mes, el próximo mes o en cualquier momento en los meses futuros incluso si su caso se cierra. Le recomendamos utilizar su tarjeta EBT de Dakota del Sur (SD EBT) por lo menos una vez cada 30 días. La tarjeta se puede utilizar en cualquier lugar de los Estados Unidos.

- Los fondos cobrados a la tarjeta EBT de SD se deben cobrar exactamente por la cantidad de la compra. Los vendedores de la tienda de comestibles no deben cobrarle los impuestos de venta en las compras pagadas con beneficios SNAP.
- Su caso puede ser sujeta a una auditoría contable federal o del estado si está activo o cerrado.
- Si su caso SNAP se cierra, su hogar puede continuar siendo elegible para otras ayudas tal como TANF y Médica.

Información para TANF:

- Usted debe reportarse a DSS cuando sus ingresos domésticos exceden la cantidad máxima para el tamaño de su hogar de TANF.
- Un número del Seguro Social se debe proporcionar como condición de elegibilidad. Los individuos no serán elegibles hasta que se proporcionen un SSN o la prueba de que se recibió la solicitud.

Información para los programas médicos:

- Después de la aprobación, para **TODAS LAS** preguntas con respecto a cobertura de servicios médicos o a asuntos de cobro - **por favor llamar al 1-800-597-1603**. Usted puede también referirse al manual de cliente médico.
- Después de la aprobación médica, para cambiar su proveedor de cuidado primario, usted puede ir al internet a <http://apps.sd.gov/applications/SW96Provider/MMCPSelectionForm.aspx> para llamar a su especialista de beneficios **O** usted puede ir a su oficina local del DSS para pedir el cambio. Recuerde, su petición no tomará efecto hasta el 1^{ro} del próximo mes.

Información general para todos los programas:

- Entiendo que solo debo proveer el estatus migratorio de los individuos que estén pidiendo o recibiendo los beneficios. Sin embargo, los individuos siempre tienen que responder las preguntas y presentar verificación acerca de sus ingresos y recursos los cuales pueden afectar la elegibilidad y los beneficios. El estatus migratorio de un individuo se verificará si él o ella aplica para y/o recibe los beneficios. La verificación se obtendrá por BCIS (Buró de Ciudadanía y Servicios Migratorios).
- Asegúrese de que tengamos su dirección más actual de correo porque el correo del departamento de servicios sociales no se re-envía por la oficina de correos.
- Información que usted proporciona y la información obtenida por el DSS será verificada por la computadora que compara la información con otras agencias (departamento del trabajo, servicios de ganancias internas, la administración de Seguro Social, etc.) y sectores privados.
- Si usted tiene cualquier pregunta, póngase en contacto por favor con su especialista de beneficios.
- Si usted desea apelar nuestra decisión de reducir, negar, o cerrar sus beneficios, usted puede solicitar una audiencia justa escribiendo a cualquier oficina en el departamento de servicios sociales o envíe su petición escrita directo a la Office of Administrative Hearings, Kneip Building, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291. **Para el SNAP solamente**, usted puede hacer su petición llamando a cualquier departamento local de la oficina de los servicios sociales o de la oficina de audiencias administrativas al 1-605-773-6851.