



# 1. Departamento de Servicios Humanos de Virginia Occidental

## Solicitud para el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Assistance Nutrition Program o SNAP)

Tiene derecho a presentar una solicitud el mismo día que se puso en contacto con una oficina del condado del Departamento de Salud y Recursos Humanos (Department of Human Services o DoHS). **Para presentar una solicitud, sólo debe completar su nombre, dirección y firma, y entregar el formulario a la oficina del condado de DoHS donde usted vive.** Le haremos una entrevista para decidir si tiene derecho. Si se determina que usted tiene derecho, usted recibirá prestaciones a partir de la fecha en que se recibió su solicitud firmada.

<b>Su nombre (Primero, segundo nombre y apellido)</b>		<b>Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año)</b>	<b>Número de seguro social</b>
<b>Dirección postal</b>		<b>Dirección física (si diferente a la dirección postal)</b>	
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono/N° de teléfono donde se le puede dejar un mensaje durante el día</b>

Puede recibir prestaciones SNAP dentro de 7 días corridos si su núcleo familiar SNAP tiene menos de \$150 en ingresos brutos mensuales y recursos líquidos tales como dinero efectivo, cuentas bancarias corrientes y de ahorros con menos que o igual a \$100; o si su renta/hipoteca y servicios son más del ingreso mensual combinado de su núcleo familiar y los recursos líquidos; o un miembro de su familia es migrante o trabajador temporal agrícola.

1. ¿Cuánto dinero tienen los miembros de su familia en dinero efectivo o en una cuenta bancaria? \$ \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es la cantidad **total** de los ingresos que espera recibir su familia este mes? \$ \_\_\_\_\_
3. ¿Qué es su pago mensual **actual** de renta/hipoteca? \$ \_\_\_\_\_ Utilidades \$ \_\_\_\_\_
4. ¿Alguien de su familia es migrante o trabajador temporal agrícola?  Sí  No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, responda a estas preguntas: ¿Cesaron todos sus ingresos familiares recientemente?  Sí  No

¿Alguien de su familia espera recibir ingresos este mes de una nueva fuente?  Sí ¿Cómo?  No \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien de su familia recibió o espera recibir prestaciones SNAP de otro estado este mes?

Sí De dónde \_\_\_\_\_  No

<b>Su firma</b>	<b>Fecha</b>
-----------------	--------------

**REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Puede nombrar a alguien que no sea miembro de su hogar para que actúe en representación de la familia para que haga la solicitud y se le haga una entrevista. Esta persona debe saber la situación de su familia lo suficientemente bien para dar la información necesaria para determinar si tiene derecho a recibir SNAP. Usted sigue siendo responsable de la información que alguien que actúa como su representante autorizado nos da, incluyendo cualquier información incorrecta.

Si quiere nombrar a alguien para esto, escriba su nombre aquí: \_\_\_\_\_

<b>MIEMBROS DE LA FAMILIA</b>										
NOMBRE Apellido, nombre e inicial del segundo nombre	*Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil	Relación que usted tiene con la persona	Compran/cocinan juntos	*Ciudadanía Sí/No	Número de Registro de Extranjero	Estudiante Sí/No	Último año escolar terminado
<b>**OPCIONAL – Si es hispánico/latino, grupo étnico (marque todos los que sean pertinentes)</b> <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano americano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____										
<b>**OPCIONAL - Raza (marque todos los que sean pertinentes)</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____										

\*Puede dejar esto en blanco para cualquiera que no está en la solicitud de asistencia.

\*\*No se requiere. Esta información es voluntaria. Sus prestaciones no se verán afectadas si no contesta las preguntas anteriores sobre raza y/o etnicidad. El darnos esta información garantiza que las prestaciones del programa se distribuyan sin tomar en cuenta raza, color u origen nacional.

PREGUNTAS SOBRE LA DECLARACIÓN DE LA FAMILIA			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	1	¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comerciar las prestaciones SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	2	¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender prestaciones SNAP por más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	3	¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado de un delito grave en virtud de ley federal o estatal por posesión, uso o distribución de una sustancia controlada (delito grave relacionado a drogas) después del 22 de agosto de 1996?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	4	¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado de recibir fraudulentamente prestaciones SNAP en más de un estado después del 22 de septiembre de 1996?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	5	¿Usted o algún miembro de su hogar se está escondiendo o huyendo de la ley para evitar ser enjuiciado, detenido o ir a la cárcel por un delito grave o intento de un delito grave o por violar su libertad condicional bajo palabra?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	6	¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comerciar las prestaciones SNAP por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	7	<p>¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado como adulto por conducta que ocurrió después del 7 de febrero del 2014 en una corte federal, estatal o local por un delito grave como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Abuso sexual hiperagravado</li> <li><input type="checkbox"/> Homicidio</li> <li><input type="checkbox"/> Agresión sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Explotación sexual de menores</li> <li><input type="checkbox"/> Otro abuso de menores</li> </ul> <p>Si la respuesta es "Sí," ¿está esta persona en pleno cumplimiento con todos los aspectos y términos de la sentencia que se le otorgó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
Si respondió "Sí" a cualquiera de las anteriores preguntas, por favor explique aquí.			

Se requiere verificación de alguna de la información.

**RECURSOS/BIENES**

¿Algún miembro de su hogar tiene recursos o bienes tales como cuentas bancarias corrientes o de ahorros, acciones, bonos, dinero en efectivo a la mano, propiedad distinta de donde vive, plan prepagado de sepelio o un fondo fiduciario?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, enumere a continuación.

Nombre del dueño	Clase de bien/recurso	Balance/valor	Lugar (nombre del banco, en el hogar, etc.)

**INGRESOS**

¿Algún miembro de su hogar recibe cualquier salario de empleo?  Sí  No Si la respuesta es sí, enumere los ingresos brutos **antes de las deducciones** (tales como empleo de tiempo parcial o completo, trabajo por cuenta propia, cuidado de niños, trabajos esporádicos, jornada laboral, recibe pagos de alquiler de habitación/compañero de piso, etc.).

Nombre	Nombre del empleador (incluyendo dirección y número de teléfono)	Fecha de inicio	Tasa de pago	Número de horas trabajadas	Cantidad de cada período de pago	¿Cada cuánto le pagan?

### OTTROS INGRESOS Y PRESTACIONES

Si algún miembro de su hogar recibe, solicitó o le fue denegada cualquier prestación enumerada a continuación, por favor indique en la casilla al lado de la prestación.

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pensión conyugal                    | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia             | <input type="checkbox"/> Prestaciones de empleo  | <input type="checkbox"/> Préstamos o becas educacionales                      |
| <input type="checkbox"/> Jubilación ferroviaria              | <input type="checkbox"/> Prestación/Pensión de veteranos | <input type="checkbox"/> Prestaciones sindicales   | <input type="checkbox"/> Prestaciones de discapacidad/enfermedad o maternidad |
| <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral | <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación            | <input type="checkbox"/> Prestación por enfermedad pulmonar minera                               | <input type="checkbox"/> Dinero de amigos o familiares                        |
| <input type="checkbox"/> Asignación militar                  | <input type="checkbox"/> Dinero de ingreso de alquiler   | <input type="checkbox"/> Asistencia financiera temporal  | <input type="checkbox"/> Derechos mineros                                     |
| <input type="checkbox"/> Suma global única en efectivo       | <input type="checkbox"/> Seguridad Social                | <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income o SSI) |   |
- Intereses de bonificaciones de acciones, bonos, ahorros u otras inversiones
- Otra \_\_\_\_\_

Si marcó sí sobre si recibe, solicitó o le han negado cualquier prestación, indique a continuación.

Miembro de la familia	Clase de prestación	Solicitó		Número de reclamo	Recibió		Cantidad
		Sí	No		Sí	No	
		Sí	No		Sí	No	
		Sí	No		Sí	No	
		Sí	No		Sí	No	
		Sí	No		Sí	No	
		Sí	No		Sí	No	

### PENSIÓN ALIMENTICIA

¿Algún miembro de su hogar paga pensión alimenticia legalmente obligada a un familiar **QUE NO VIVE EN LA CASA** (incluyendo pagos actuales, atrasos, seguro de salud)?

- Sí ¿A quién? \_\_\_\_\_  No

Persona que paga	Clase de pago	Meses pagados en los últimos tres meses	Cantidad de orden judicial	Cantidad pagada realmente

<b>GASTOS MÉDICOS</b>					
<b>SNAP</b> – ¿Usted o algún miembro de su hogar paga gastos médicos para alguien de 60 años o mayor o para cualquier persona que recibe prestaciones de discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es <b>sí</b> , marque la casilla apropiada y enumere la cantidad que paga.					
<input type="checkbox"/> Seguro de salud/ Medicaid	\$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro médico/dental	\$ _____	Otros _____	
<input type="checkbox"/> Dentaduras/Anteojos/Aparatos Auditivos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Gastos de transporte	\$ _____	_____	
<input type="checkbox"/> Hospital	\$ _____	<input type="checkbox"/> Enfermería	\$ _____	_____	
<input type="checkbox"/> Asistente de cuidado personal	\$ _____	<input type="checkbox"/> Gastos farmacéuticos	\$ _____	_____	

<b>GASTOS DE VIVIENDA Y UTILIDADES</b>		
¿Algún miembro de su hogar paga alguno de los siguientes gastos? Marque todos los que se pagan y responda a las preguntas.		
<b>v</b>	Gastos	Cantidad
	Renta	
	Hipoteca	
	Pago de electricidad	
	Gas	
	Petróleo	
	Teléfono	
	Contrato de terreno	

¿La calefacción está incluida en su renta?  Sí  No Si la calefacción no está incluida en la renta, ¿qué es la fuente calorífica? \_\_\_\_\_

¿Usted paga el aire acondicionado?  Sí  No Si usted tiene un gasto que no reporta y/o no proporciona prueba del pago, no recibirá el descuento del gasto.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SNAP**

El Departamento de Agricultura de los EEUU prohíbe la discriminación a sus clientes, sus empleados y a los que solicitan empleo por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, retaliación y cuando corresponda, opiniones políticas, estado civil, estado familiar, estado de padre o de madre, orientación sexual o todo o parte de los ingresos derivados de cualquier programa de asistencia pública o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento de Agricultura. (No todos los fundamentos prohibidos aplicarán a todos los programa y/o actividades de empleo.)

Si desea someter una queja de discriminación al programa de derechos civiles, llene el formulario de quejas de discriminación del Departamento de Agricultura de los EEUU (United States Department of Agriculture o USDA), el cual se encuentra en línea en el sitio web [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina USDA o llame al (866) 632-9992 para solicitar un formulario. También puede escribir una carta con toda la información que se solicita en el formulario. Envíenos su formulario de queja completado o su carta por correo a: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Las personas con dificultades auditivas o trastornos de lenguaje se pueden poner en contacto con USDA llamando al servicio federal de transmisión al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (español).

Para cualquier otra información sobre asuntos que tratan con el programa asistencial de nutrición suplementaria (SNAP), se deben poner en contacto ya sea con la línea directa USDA SNAP al (800) 221-5689, que también es en español o llame a la Oficina de servicio al cliente del Departamento de salud y recursos humanos al (800) 642-8589.

El Departamento de Agricultura de los EEUU ofrece oportunidades de programas y empleos libres de discriminación.

**Lea cuidadosamente cada frase y firme la última página.**

1. Tengo entendido que las prestaciones SNAP se deben usar por o para mi grupo de asistencia y por mí para comprar comida o semillas. No debo vender mis prestaciones SNAP o usar las prestaciones de otra persona. Las prestaciones SNAP no se deben usar para otro propósito. Tengo entendido que no debo usar mis prestaciones SNAP para comprar comida a crédito. Esto significa que no debo pagar para comida ya comprada o comida que se va a recibir en el futuro.

Tengo entendido que no debo hacer o intentar hacer lo siguiente en público, en privado o en línea: comprar, vender comerciar, robar u otra utilización de las prestaciones SNAP para ganancia monetaria u otra consideración; comprar comida en contenedores con depósito y luego descartar la comida para recibir el depósito en efectivo; y comprar o vender comida originalmente comprada con prestaciones SNAP para ganancia monetaria u otras consideraciones. *Cualquiera de estas acciones se considera tráfico de prestaciones SNAP.*

2. Tengo entendido que si cualquier persona de mi grupo de asistencia es declarada (por acción legal o una audiencia administrativa de descalificación) haber cometido un acto de violación intencional del programa, incluyendo el traficar las prestaciones, la persona no recibirá prestaciones SNAP como se indica a continuación: Primera ofensa – un año; Segunda ofensa – dos años; Tercera ofensa – permanentemente. Además, tengo entendido que mi grupo de asistencia tendrá que reembolsar cualquier prestación recibida a la que no tenía derecho.

3. Tengo entendido que si una persona:

- a. es declarada culpable en una corte federal, estatal o local por comerciar prestaciones SNAP por armas, municiones, explosivos o sustancias controladas; es un criminal convicto, por posesión, uso o distribución de una(s) sustancia(s) controlada(s); o es declarado culpable de traficar \$500 o más de prestaciones SNAP, la parte culpable será descalificada permanentemente de participar en el programa SNAP;
- b. da falso testimonio o representa falsamente su identidad y/o su residencia o recibe prestaciones duplicadas, la parte responsable será descalificada del programa SNAP por 10 años;
- c. es declarada culpable de usar o recibir prestaciones en una transacción implicando la venta de una sustancia controlada, la parte culpable no tendrá derecho a recibir prestaciones SNAP por dos años por la primera ofensa y para siempre por la segunda ofensa.

4. Tengo entendido que las prestaciones serán depositadas en una cuenta por medio de una transferencia electrónica de prestaciones (Electronic Benefit Transfer o EBT) y no pueden ser reemplazadas bajo ninguna circunstancia. Si autorizo a una persona para que sea titular de la tarjeta para que tenga acceso a mi cuenta EBT, las prestaciones que el titular de la tarjeta use tampoco pueden ser reemplazadas. También tengo entendido que, si no uso **toda mi prestación SNAP**, que se encuentra en mi cuenta EBT **de un mes determinado**, por un período de **274 días (9 meses) a partir de la fecha de emisión**, la prestación se sacará de la cuenta. Voluntariamente puedo pedir que las prestaciones en mi cuenta se usen para reembolsar reclamos establecidos contra mis prestaciones SNAP en cualquier momento.

**Tengo entendido que los fondos en una cuenta EBT relacionados con SNAP se sacarán inmediatamente de la cuenta cuando se determine y se verifique que todos los miembros certificados de la familia han fallecido.**

5. Tengo entendido que si no informo o compruebo cualquier gasto(s) familiar(es) que pueden) deducir los ingresos de mi hogar, no recibiré esa deducción. Eso significa que es posible que no reciba la cantidad total de las prestaciones SNAP a las que mi familia puede tener derecho. Tengo entendido que una vez que reporte y compruebe mis gastos como se requiere, tengo el derecho de recibir cualquier deducción calculada a principios del próximo mes.

6. Tengo entendido que como adulto sin impedimentos físicos y sin dependientes (Able-bodied adult without dependents o ABAWD), una persona de 18 años hasta el mes que cumple 55 años que no vive con un hijo menor de 18 años, puede necesitar cumplir con un requisito de trabajo o dispensación para poder recibir prestaciones SNAP por más de tres meses de cada período de 36 meses. Si no cumplo con esta dispensación, puede que no tenga derecho a prestaciones SNAP si no trabajo por lo menos 20 horas a la semana (promedio mensual) o no participo en un programa laboral de por lo menos 20 horas a la semana. Si pierdo el derecho,

puedo volver a tener derecho después de trabajar o participar en un programa laboral por lo menos 80 horas en un período de 30 días. Tengo entendido que esta política de emisión limitada no aplica en todos los condados de Virginia Occidental (West Virginia).

7. Tengo entendido que si recibo prestaciones SNAP tengo que informar cuando los ingresos totales de los miembros de mi hogar sobrepasen el límite bruto de ingresos SNAP. También tengo entendido que se me notificará la cantidad que debe ser reportada y que se lo debo reportar a DoHS para el décimo día del mes después de que el aumento ocurra. También tengo entendido que, si vivimos en un condado donde la política de emisión limitada aplica y hay un ABAWD, debo reportar cuando las horas de trabajo de esa persona se han reducido a menos de 20 horas a la semana, mensualmente promediadas. También tengo entendido que debo reportar cuando cualquier miembro de mi hogar gane una cantidad mayor o igual al límite de bienes máximamente admisibles de SNAP a través de una apuesta sencilla, de un juego de azar o la lotería.
8. Tengo entendido que a menos que sea exento, debo cumplir con los requisitos laborales incluyendo el inscribirme en WorkForce de Virginia Occidental y proveer información sobre el estado de empleo y la disponibilidad de trabajos.
9. Tengo entendido que si rechazo o renuncio a un empleo o reduzco mis horas laborales a menos de 30 horas a la semana sin una buena razón puedo ser sancionado.
10. Tengo entendido que tengo derecho a recibir información y servicios de referencia sobre programas financiados por la Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families o TANF) como también otros programas ofrecidos por el Departamento de Salud y Recursos Humanos de Virginia Occidental y otras organizaciones de Virginia Occidental. Tengo entendido que esta información será incluida en todas las notificaciones que SNAP me envíe.
11. Tengo entendido que toda la información proporcionada está sujeta a verificación por un representante autorizado de DoHS.
12. Tengo entendido que es obligatorio y requerido por ley federal que se proporcione mi número de seguro social (Social Security Number o SSN) a DoHS. También tengo entendido que el SSN se requiere solamente de las personas que solicitan y/o reciben prestaciones y no para otros propósitos.
13. Tengo entendido que para todos los programas todas las personas incluidas en la prestación deben proporcionar su SSN. El SSN se usará para verificar la identidad que cada miembro de la familia, evitar participación duplicada y realizar modificaciones en masa. También se usará en programas informáticos de comparación y programas de revisión o audiciones para asegurar que los miembros de mi hogar tienen derecho a las prestaciones que recibe. Cualquier acto fraudulento que se descubra puede resultar en acción penal o civil o reclamo administrativo contra toda persona que se descubra haya cometido tal acto.
14. Por la presente doy mi consentimiento para ser derivado a la Administración de seguridad social para que se me otorgue un SSN y que mi SSN se divulgue sólo para los propósitos mencionados anteriormente.
15. Tengo entendido que DoHS obtendrá información sobre mis ingresos y sobre mi derecho a prestaciones de la Administración de seguro social, el Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service o IRS), la Oficina de la ejecución del sustento de menores de DoHS (Bureau for Child Support Enforcement o BCSE), el Departamento de vehículos automotores de Virginia Occidental, la Administración de veteranos, Oficina de salud pública de DH (Bureau for Public Health o BPH), la Junta de compensación a los trabajadores, Oficina de programas de empleo, la División de servicios de rehabilitación, la Oficina del inspector general de DoHS, Oficina de servicios médicos de DoHS (Bureau of Medical Services o BMS), el programa de Verificación sistemática de extranjeros para prestaciones (Systemic Alien Verification for Entitlements o SAVE) y los Servicios de migración y ciudadanía de los EEUU (U.S. Citizenship and Immigration Services o USCIS) sobre cada miembro de mi grupo. Esta información se obtendrá por medio del SSN de cada solicitante/beneficiario.
16. Tengo entendido que las citas/reuniones con mi funcionario de DoHS pueden incluir visitas a domicilio programadas y/o no programadas, pero también tengo entendido que no estoy obligado a permitir que el funcionario entre a mi hogar. También tengo entendido que estoy obligado a cooperar con el evaluador de



control de calidad en cualquier revisión de mis prestaciones sobre materia de derecho a prestaciones. Esto puede requerir una visita a domicilio por el evaluador e incluir verificación adicional de mi situación, pero también tengo entendido que no estoy obligado a dejar entrar al evaluador de control de calidad a mi hogar.

17. Tengo entendido que puedo recibir información y una derivación a servicios de planificación familiar de ser solicitada.
18. Tengo entendido que puedo recibir información y una derivación a servicios de violencia doméstica de ser solicitada.
19. Tengo entendido que, si no estoy conforme con cualquier medida tomada en mi caso, o si pienso que fui tratado injustamente debido a mi raza, edad, color, país de origen, sexo, discapacidad, opiniones políticas o religión, puedo pedir verbalmente o por escrito una audiencia imparcial. (Remítase a la página 6 para obtener la dirección de quejas de discriminación.) Tengo entendido que cualquiera puede asistir a una audiencia imparcial, pero, si yo decido que quiero un abogado presente, DoHS no pagará los honorarios del abogado. También puedo llenar en mi oficina local un formulario IG-CR-1, de quejas de derechos civiles.
20. Tengo entendido que es posible que califique para servicios telefónicos de bajo precio tales como Tel-Assistance/Lifeline que la compañía telefónica ofrece en mi zona. Le autorizo a DoHS a que divulga información a la compañía telefónica con respecto a mi derecho a este servicio. Si mi derecho a los programas de DoHS terminan, tengo entendido que DoHS notificará a la compañía telefónica.
21. Autorizo específicamente al Departamento estatal de ingresos fiscales de Virginia Occidental y a la Oficina de impuestos sobre la renta a que le divulguen a DoHS cualquiera y toda la información de mis declaraciones de impuestos sobre la renta personales y/o de negocios de cualquier y de todos los años fiscales que tienen que ver con los años que fui beneficiario de prestaciones y que es requerido por reglamentos federales y/o política de DoHS. Esto incluye su estado civil, sus dependientes, su dirección, sus ingresos, sus deducciones y cualquier otra información pertinente que DoHS pueda solicitar.
22. Autorizo a DoHS a que proporcione información confidencial que se encuentra en mi expediente del caso, con respecto a mí o cualquier miembro de mi familia o de mi grupo de asistencia a INS, SSA, BCSE, BMS, BPH, la División de Servicios de Rehabilitación o a cualquier otra agencia, departamento u organización estatal o federal principalmente para el propósito de proporcionarme acceso a los servicios y las prestaciones ofrecidas por estas entidades de manera eficiente que permita la coordinación y no la duplicación de estos servicios.
23. Tengo entendido que DoHS no discrimina en base a discapacidad en la admisión o acceso a sus programas o en sus servicios o actividades. Esta notificación es disponible en letra grande, cinta de grabación o en Braille en cualquier oficina. Esta notificación se proporciona por obligación del Título II de la Ley sobre estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act o ADA) de 1990. Si tengo preguntas, me puedo poner en contacto con el funcionario encargado del cumplimiento de igualdad de oportunidades en el trabajo y derechos civiles, en: DoHS Office of Human Resources Employee Management, One Davis Square, Suite 400, Charleston, WV 25301, por teléfono de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., al 304-558-3313 o por correo electrónico a [osaohrmemployeemgmt@wv.gov](mailto:osaohrmemployeemgmt@wv.gov).
24. Doy mi autorización a cualquier institución financiera, agencia o departamento gubernamental, médico (incluyendo psiquiatras, psicólogos u otros asesores), instalaciones de pruebas de drogas, hospital (incluyendo hospitales psiquiátricos), empresas, servicios de pruebas VIH/Sida, u otra persona con información relacionada para que entreguen cualquier información a DoHS cuando esta información corresponde a mi recepción de asistencia. Tengo entendido que solamente información requerida por reglamentos federales y/o política de DoHS será solicitada y que será usada para determinar o determinar nuevamente mi derecho a asistencia o el nivel de asistencia que recibiré. Esta divulgación autoriza a las escuelas a que proporcionen información incluyendo, pero no limitada a, inscripción, asistencia escolar, dirección, custodia y toda la información relacionada a la recepción de asistencia pública, asistencia para mi(mis) hijo(s) bajo mi cuidado y mi custodia.
25. Tengo entendido que a mi grupo de asistencia se le puede pedir que reembolse cualquier prestación que se le pagó o se pagó en su nombre y a la que no tenía derecho debido a errores involuntarios cometidos por mí o por DoHS. También tengo entendido que si doy información falsa o incorrecta o si no reporto cambios que estoy obligado a reportar, mi grupo de asistencia tendrá que reembolsar cualquier prestación que reciba y yo puedo ser enjuiciado por fraude. Además, tengo

entendido que todos los miembros adultos de mi grupo de asistencia son responsables equitativamente y por separado de cualquier sobrepago de ayuda. También tengo entendido que cualquier persona que obtiene o intenta obtener prestaciones de DoHS por medio de una declaración falsa intencional o falsa representación o falsificación de identidad o la utilización de cualquier otro dispositivo fraudulento puede ser acusado de fraude. El castigo impuesto a una persona después de la condena puede ser una multa de hasta \$10,000 y/o pena de prisión de 10 años en una institución correccional del estado. **Solamente para recipientes de SNAP** - las penas federales pueden incluir una multa máxima de \$250,000 y una pena de prisión de hasta 20 años. **Solamente para recipientes de LIEAP (programa de asistencia de suministro de energía a personas de bajos ingresos)** —El incumplimiento de reembolso puede resultar en la pérdida de futuras prestaciones LIEAP.

Certifico firmando mi nombre a continuación, bajo pena de perjurio, que he declarado correctamente la ciudadanía o estado legal de inmigrante de las personas solicitando las prestaciones en esta solicitud. La declaración de ciudadanía estadounidense o condición de inmigrante es una condición para tener derecho a recibir WV WORKS, cobertura de seguro de salud y SNAP. Cada miembro del hogar para quien no se declara la ciudadanía no tiene derecho a recibir prestaciones. Sin embargo, sus ingresos y sus bienes serán considerado disponibles para el resto de los miembros del hogar.

Tengo entendido que es una infracción penal de ley federal y estatal el proporcionar información falsa o engañosa para el propósito de recibir cosas a las que no tengo derecho. Tengo entendido que es mi responsabilidad proveer información completa y veraz.

Firme y feche el formulario a continuación

X \_\_\_\_\_  
Firma del miembro de la familia SNAP

\_\_\_\_\_  
Fecha