

Solicitud para **SNAP** y **TEA**

(Asistencia alimentaria y asistencia en dinero)

¡Vea si califica para SNAP y TEA en internet! Haga su solicitud en línea en

www.access.arkansas.gov!



El **Programa de asistencia nutricional suplementaria** (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) ayuda a personas de bajos ingresos a comprar la comida que necesitan para tener una buena salud. Los beneficios SNAP ayudan a completar los ingresos de un individuo o familia para que puedan comprar alimentos nutritivos. La mayoría de los grupos familiares deben gastar parte de su propio dinero además de los beneficios SNAP para comprar la comida que necesitan.

Usted puede recibir beneficios SNAP si está trabajando por un sueldo bajo; trabaja a jornada parcial; está desempleado; recibe dinero de asistencia pública; vive con una discapacidad; es adulto mayor o no tiene hogar. Todos los participantes deben cumplir criterios financieros y no financieros.



El Programa de **Asistencia de empleo transicional** (Transitional Employment Assistance, TEA) ayuda económicamente a las familias necesitadas con niños menores de 18 años a ser más responsables de su propio mantenimiento y menos dependientes de la ayuda pública. TEA entrega asistencia mensual en efectivo a familias elegibles para ayudarles a satisfacer sus necesidades básicas. TEA también brinda servicios de apoyo como asistencia para el cuidado de niños y servicios relacionados con el empleo mientras el padre/madre u otro familiar adulto trabaja para aumentar su potencial de ganar más. La legislación estatal limita el periodo para recibir los beneficios TEA a 24 meses durante la vida.

Usted puede tener algunos ingresos, incluyendo utilidades, y seguir teniendo derecho a recibir beneficios TEA, siempre que sus ingresos contables sean inferiores a la renta estándar. Puede tener recursos (efectivo, cuentas bancarias, propiedades no usadas como vivienda, etc.) si el valor total de estos recursos no excede los \$3.000 dólares. La asistencia en efectivo TEA también está disponible para satisfacer las necesidades de los niños cuidados por familiares adultos distintos a sus padres. La ayuda a esos familiares puede ser entregada para los niños sin ningún límite de tiempo.

¿Cuándo debería hacer la solicitud?

Es importante entregar su solicitud inmediatamente. Si su grupo familiar es elegible, el primer mes de beneficios SNAP se pagará desde el día en que se recibió su solicitud en internet o presentó la solicitud en papel en la oficina DHS del condado. La fecha efectiva de pago TEA es el primer día del mes en que se aprueba su solicitud.

Usted tiene derecho a presentar una solicitud SNAP solo con el nombre del solicitante, la dirección y la firma de un miembro responsable del grupo familiar o el representante autorizado del grupo familiar. Sin embargo, entregar una solicitud completa puede derivar en una determinación de elegibilidad más rápida.

¿Necesita ayuda para completar su solicitud?



Por teléfono
Asistencia al cliente
1-800-482-8988



Personalmente
Comuníquese con la oficina local
de DHS en su condado para mayor
información

¡Ayuda!

En Español
Llame a nuestro centro
de ayuda gratis al
1-800-482-8988

POR FAVOR GUARDE LA PARTE EXTERIOR DE ESTA SOLICITUD PARA SU INFORMACIÓN

Requerimientos de entrevista para SNAP y TEA:

Los grupos familiares que soliciten SNAP y TEA tienen que completar una entrevista para que se determine su elegibilidad. Esta entrevista puede ser en persona o por teléfono. A los grupos familiares que hacen su solicitud en internet en www.access.arkansas.gov se les ofrece automáticamente una entrevista por teléfono. Solo es necesario hacer una entrevista si solicita ambos programas SNAP y TEA. [Si pierde una cita para una entrevista, no fijaremos otra cita a menos que usted nos pida hacerlo.](#)



Su grupo familiar puede elegir alguien que esté familiarizado con sus circunstancias para que complete la entrevista en persona o por teléfono. Esta persona se llama “representante autorizado”.

Documentos útiles para SNAP y TEA:



- El Número del Seguro Social (SSN) o un comprobante de solicitud de SSN para cada miembro del grupo familiar que solicite beneficios.
- Documentación de estado migratorio legal para cada persona no ciudadana que solicite beneficios.
- Comprobante de identidad del solicitante.
- Comprobante de residencia.
- Comprobantes de todos los ingresos.
- Comprobante del valor de recursos, incluyendo entre otros, cuentas bancarias, certificados de depósito, acciones, bonos y vehículos.
- Comprobantes de gastos médicos para los miembros del grupo familiar mayores de 60 años o que vivan con una discapacidad, *solo* si quiere que le reembolsen esos gastos.
- Comprobantes de cuentas de servicios vigentes, *solo* si quiere usar sus costos reales de servicios para calcular el importe del beneficio SNAP. ATENCIÓN: SNAP permite a ciertos grupos familiares que usen un “estándar de servicio” (utility standard). Pregunte a su trabajador que sería mejor para su grupo familiar: los costos reales o el estándar de servicio.
- Si usted solicita beneficios TEA para un menor, comprobante de edad del menor y el parentesco de ese niño con usted.

¿Cuánto tiempo demora procesar una solicitud?

- La mayoría de las solicitudes **SNAP** deben procesarse en un plazo de 30 días. Sin embargo, es posible procesar su solicitud SNAP en **siete** días (servicio expedito) si:
 - Su grupo familiar tiene \$100 dólares o menos en efectivo, cuentas bancarias y otros recursos líquidos y menos de \$150 en ingreso contable; **O**
 - Sus costos actuales de vivienda superan sus ingresos y recursos líquidos; **O**
 - Es emigrante o trabajador agrícola temporal y su grupo familiar tiene escasos ingresos o ningún ingreso al momento de la solicitud.
- Las solicitudes **TEA** deberían procesarse dentro de 30 días.



Si usted completa las preguntas de evaluación en la sección de Servicio Expedito de SNAP, determinaremos si su grupo familiar tiene derecho al servicio expedito en SNAP.

¿Cómo sabré si mi solicitud ha sido aprobada o rechazada?

Cuando tomemos una decisión sobre su solicitud SNAP o TEA, le enviaremos una notificación informándole si su solicitud ha sido aprobada o rechazada.

Si soy elegible ¿cómo recibiré mis beneficios?



Si participa en el Programa SNAP y/o TEA recibirá una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (electronic benefits transfer, EBT) que se parece mucho a una tarjeta de débito. Su tarjeta EBT puede usarse para acceder a sus beneficios SNAP y/o TEA. Es posible que solo pueda acceder a los beneficios SNAP en establecimientos autorizados como tiendas de comestibles y mercados de agricultores autorizados.

¿Cuáles son mis derechos de apelación?

Si no está satisfecho con nuestras decisiones o si no tomamos una decisión sobre su solicitud SNAP o TEA, usted o su representante pueden pedir una audiencia. Existen tres formas en que usted o su representante pueden pedir una audiencia.

1. Usted puede solicitar una audiencia siguiendo las instrucciones indicadas en el reverso del formulario de Aviso de acción (Notice of Action) que recibió sobre su solicitud.
2. También puede pedir una audiencia llamando a la Oficina DHS del Condado, escribiendo una carta dirigida la Oficina DHS del Condado o acudiendo en persona a la Oficina DHS del Condado.
3. Usted también puede solicitar una audiencia si escribe o llama a la Sección de apelaciones y audiencias (Appeals and Hearings Section):

Departamento de Servicios Humanos de Arkansas
ATTN: Appeals and Hearings Section
P.O. Box 1437, Slot N401
Little Rock, AR 72203-1437

Teléfono - (501) 682-8622
TDD para las personas con problemas de audición –
501-682-6974
FAX - (501) 682-6605



¿Quién no es elegible para participar en SNAP y/o TEA?

- Toda persona clasificada actualmente como delincuente convicto prófugo, que haya violado los términos de su libertad bajo palabra (parole) o su libertad condicional (probation).
- Todo individuo que haya sido encontrado culpable o se haya declarado nolo contendere (no se opone a las imputaciones) a una condena por un delito mayor que involucre la fabricación o distribución de una sustancia controlada.

Atención: Si un grupo familiar tiene una mezcla de individuos elegibles y no elegibles, los individuos elegibles pueden recibir beneficios SNAP siempre que cumplan todos los otros criterios del programa.



Violaciones intencionales del programa Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program)

Las personas que participan en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria deben seguir estas normas:

- No dar información falsa ni ocultar información para obtener o seguir recibiendo los beneficios SNAP.
- No alterar ningún documento de autorización para obtener beneficios SNAP a los que no tienen derecho.
- No usar los beneficios SNAP para comprar artículos distintos a alimentos, tales como bebidas alcohólicas, tabaco o artículos de cuidado personal.
- No intercambiar o vender sus beneficios SNAP ni permitir el uso no autorizado de las tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT).
- No usar la tarjeta SNAP EBT de otra persona para beneficio de su grupo familiar.
- No comprar ni vender o intentar comprar o vender beneficios SNAP o tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) por dinero o por una contraprestación que no sea de alimentos elegibles en público y por internet. Comprar y vender o intentar comprar o vender su tarjeta EBT se llama tráfico y puede causar que pierda sus beneficios o sea excluido del programa definitivamente (para siempre).

Una violación intencional del programa (intentional program violation, IPV) ocurre cuando usted o un miembro de su hogar: 1) Hace declaraciones falsas o engañosas o distorsiona, oculta o no revela hechos; o 2) Comete cualquier acto que suponga una violación de la Ley de alimentación y nutrición (Food and Nutrition Act), el reglamento de SNAP, o la legislación estatal con el fin de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar con tarjetas de autorización SNAP, o documentos reutilizables usados como parte del sistema automatizado de entrega de beneficios. Toda persona que haya sido descubierta cometiendo un violación intencional del programa será descalificada de SNAP: un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera. Él o ella también podrá ser multado, encarcelado o ambos, y puede ser sujeto de denuncia y penas federales.

Los periodos de descalificación especial se aplican cuando una persona es declarada culpable de las siguientes violaciones:

- Hacer declaraciones o representaciones falsas sobre su identidad o residencia con el fin de obtener beneficios SNAP en dos lugares durante el mismo mes: diez años de descalificación.
- Comprar o vender sustancias controladas a cambio de beneficios SNAP: descalificación de 24 meses para la primera violación y descalificación permanente para la segunda.
- Comprar o vender armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de beneficios SNAP: descalificación permanente.
- Traficar con beneficios SNAP por un valor superior a \$500: descalificación permanente.



Violaciones intencionales del programa Programa TEA

Las personas que participen en el programa TEA deben seguir estas reglas:

Si usted da información falsa o engañosa o si no revela u oculta hechos con el propósito de establecer o conservar la elegibilidad de su familia para recibir beneficios TEA, puede ser declarado culpable de cometer una violación intencional del programa (IPV) por una Audiencia administrativa o por un tribunal.

Si se declara culpable, nolo contendere (no se opone a los cargos) o si recibe un veredicto de culpabilidad por una IPV, su familia no será elegible para recibir beneficios TEA durante todo un año por la primera ofensa, dos años por la segunda y de forma permanente por la ofensa subsiguiente. Además, su familia no será elegible para recibir beneficios TEA hasta que el total de los pagos en exceso sean devueltos al estado.

Si usted es declarado culpable por dar información falsa sobre su domicilio con el fin de recibir asistencia TANF en dos o más estados al mismo tiempo, su familia no será elegible para recibir asistencia TEA durante un mínimo de diez años desde la fecha de su condena. (El Programa TEA es el programa TANF en Arkansas)



¿Sabía que si usted es elegible para SNAP o TEA, es posible que sea elegible para los siguientes programas?

- Asistencia de vivienda a través de HUD. Visite www.hud.gov para mayor información.
- Asistencia con los costos de servicio a través del Programa de asistencia de energía para el hogar (Home Energy Assistance Program, HEAP). Visite www.aaaa.org para saber qué agencia atiende a su condado.
- Ciertas categorías de Medicaid. Visite www.access.arkansas.gov o visite la oficina local de DHS en su condado para solicitar Medicaid.
- Ayuda con su servicio telefónico a través de Lifeline y Link Up o visite www.lifelinesupport.org para solicitarla. Pida más información a su proveedor actual de servicio de telefonía.
- Servicio de preparación de impuestos gratuito o a precio reducido a través de ciertas empresas. Comuníquese con su asesor de impuestos para ver si ellos ofrecen esos servicios.

- Servicios legales gratuitos o a precio reducido. Póngase en contacto con las oficinas legales locales para una referencia en su área.
 - Almuerzos escolares gratuitos para niños que asisten a escuelas públicas. Los niños serán inscritos automáticamente a través de un programa de asignación administrativa.
-

Su derecho a la privacidad

La LEY DE PRIVACIDAD de 1974 exige que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) le informe de lo siguiente: (1) si la divulgación es voluntaria u obligatoria; (2) cómo usará el DHS su número del seguro social y (3) la ley o regulación que autoriza al DHS a preguntarle su número del seguro social. Estamos autorizados para recolectar cierta información sobre su grupo familiar incluyendo el número del seguro social (SSN) de cada miembro que sea elegible. Para el Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program), esta facultad es otorgada por la Ley de alimento y nutrición (Food and Nutrition Act) de 2008 y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2001-2036. Para los programas Medicaid y TEA, esta facultad es otorgada por la legislación federal codificada en 42 U.S.C. §§ 1320b-7(a)(1) y 1320b-7(b)(2). Esta información podrá ser comprobada mediante programas electrónicos de cotejo de datos. Usaremos esta información para determinar la elegibilidad para el programa, para monitorear el cumplimiento de las normas del programa y para la gestión del programa. Esta información podrá ser revelada a otras agencias estatales y federales y a funcionarios policiales. Si surgiera alguna demanda en contra de su grupo familiar, la información expresada en esta solicitud, incluyendo los números del seguro social, podrán ser entregados a funcionarios estatales o federales o a agencias privadas con fines de recaudación.

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 el ingresos 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