



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Matthew Brune, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures, and Training

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #12-01-SYS

UPDATES TO THE FOOD STAMP APPLICATION/RE-CERTIFICATION SIGNATURE CAPTURE WINDOWS IN THE PAPERLESS OFFICE SYSTEM (POS)

Date: January 3, 2012	Subtopic(s): FS POS
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) staff of the revisions to the FS Paperless Office System (POS) regarding the FS Application/Recertification Signature Capture windows. These revisions became effective January 3, 2012 and can be found in FS POS Release Notes Version 5.3.1 (Refer to PB #11-116-SYS).</p> <p>To accommodate these changes, the applicant/participant must complete and sign the Food Stamps Benefits Application/Recertification Form (LDSS-4826). The Worker will <i>still</i> be responsible for obtaining the appropriate signatures on the LDSS-4826, W-120, and W-129B submitted by the applicant/participant. The signature capture windows have been removed for the LDSS-4826, FS Benefits Application (W-120) and the FS Benefits Application Attestation Signature (W-129B) forms in FS POS to avoid duplication.</p> <p>Important: The Worker must <u>scan</u> and <u>index</u> the completed and signed LDSS-4826, W-120, and W-129B when applicable.</p> <p>The updates to the FS Application/Recertification Signature Capture functionality affect the following FS POS windows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FS POS Reception: Applicant Signature • FS POS Reception: Attestation • LDSS4826 Signature Capture

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center Fax* or fax to: (917) 639-0298

FS POS Reception: Applicant Signature Window Modifications

- The signature capture area within the window has been removed.
- The “Signed LDSS-4826 (FS Benefits Application) or W-120 form submitted” checkbox has been selected and protected. This means the worker cannot change the selection.
- The updated instructions read:

“The signed application should be scanned and indexed. If the application was submitted by mail or fax, click on the Mailed or Fax Application checkbox.

If the applicant cannot stay for the expedited determination or if the applicant did not submit enough information with their mailed/faxed application to make an expedited determination, click on the Expedited Determination cannot be completed checkbox.”

Previous Version of Applicant Signature Window

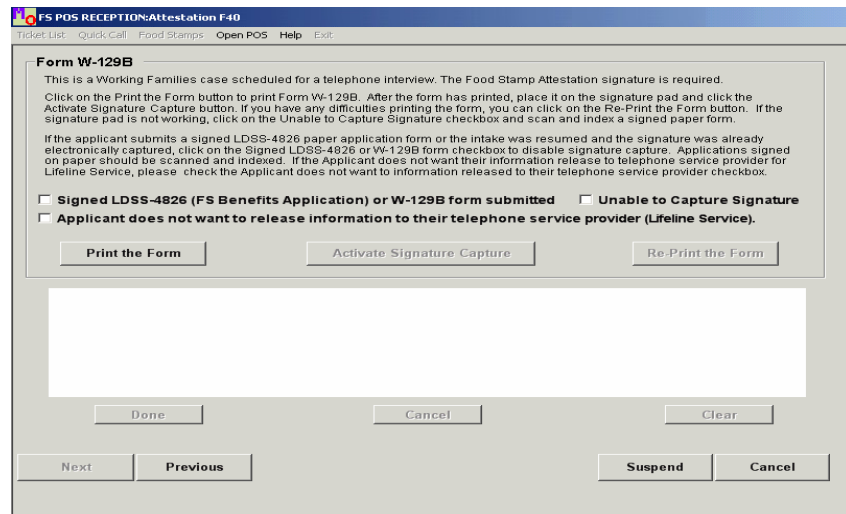
Revised Applicant Signature Window

FS POS Reception: Attestation Window Modifications

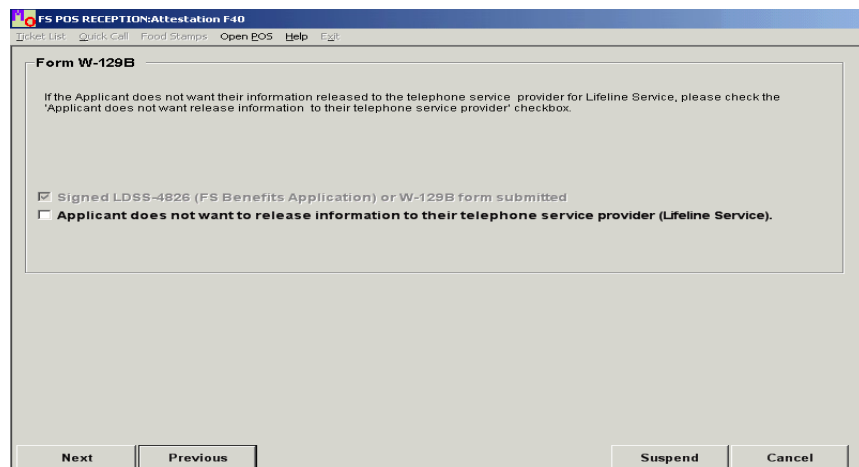
- The signature capture area within the window has been removed.
- The “Signed LDSS-4826 (FS Benefits Application) or W-129B form submitted” checkbox has been selected and protected. This means the worker cannot change the selection.
- The updated instructions read:

“If the Applicant does not want their information released to the telephone service provider for Lifeline Service, please check the ‘Applicant does not want release information to their telephone service provider’ checkbox.”

Previous Version of Attestation Window



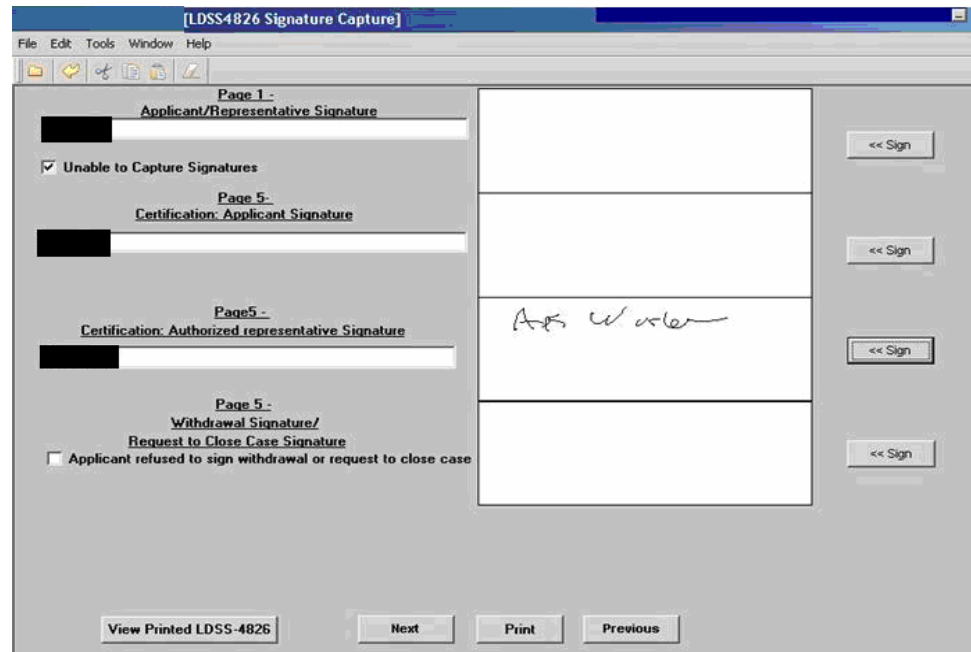
Revised Version of Attestation Window



LDSS4826 Signature Capture Window Removal

The **LDSS4826 Signature Capture** Window has been removed from both the FS Application Interview Activity and the FS Recertification Interview Activity.

Removed LDSS-4826 Signature Capture Window



- FS Application Interview Activity Modifications
 - The **Finger Imaging – Referral and Print Forms** windows will appear after the **Activity Checklist** window.
 - FS POS will display the following error message if the **LDSS-4826, W-120, and W-129B** forms have not been scanned and indexed:

“The LDSS application form or the W-120/W-129B forms must be scanned and indexed for the case.”

Note: The error message edit will not affect withdrawn applications, online applications and cases processed by the Food Stamp Fair Hearing (FSH) Unit.

- FS Recertification Interview Activity Modifications
 - The **Print Forms** window will appear after the **Activity Checklist** window.
 - FS POS will display the following error message if the **LDSS-4826** form has not been scanned and indexed:

“The LDSS-4826 recertification form must be scanned and indexed for the case.”

Note: The error message edit will not affect cases closed for failing to keep the recertification interview, cases closed for failure to return documentation and cases processed by the FSH unit.

LDSS-4826 and FS Telephone Interviews

FS POS will no longer save the **LDSS-4826** for telephone interview cases. The worker must scan and index the completed and signed **LDSS-4826**.


Effective January 3, 2012

Related Item:

[PB #11-116-SYS](#)

Attachments:

LDSS-4826	Food Stamps Benefits Application/Recertification (Rev. 5/08)
LDSS-4826 SP	Food Stamps Benefits Application/Recertification (Rev. 5/08) (Spanish)
W-120	FS Benefits Application (Rev. 8/3/09)
W-120 (S)	FS Benefits Application (Rev. 8/3/09) (Spanish)
W-129B	FS Benefits Application Attestation Signature (Rev. 8/3/09)
W-129B (S)	FS Benefits Application Attestation Signature (Rev. 8/3/09) (Spanish)

 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.



FOOD STAMP BENEFITS APPLICATION/RECERTIFICATION



Use this form if Applying For Food Stamp Benefits Only

If you are only applying for Food Stamp Benefits you can use this shorter application. If you would like to apply for other benefits such as Temporary Assistance, Child Care Assistance, Home Energy Assistance or Medicaid please ask for a different application.

This application can only be used to apply for Food Stamp Benefits.

When You Are Applying For Food Stamps Benefits

- You can file an application the same day you receive it. If you are eligible, benefits will be provided back to the filing date of your application.
- You can file your application before you have an interview.
- We must accept your application if, at a minimum, it contains your name, address (if you have one), and a signature. This information will establish your application filing date. However, the application process, including the interview, must be completed and we must interview you for us to determine your eligibility.
- You can apply for and get Food Stamp Benefits for eligible household member(s) even if you or some other members of your household are not eligible for benefits because of immigration status. For example, ineligible alien parents can apply for Food Stamp Benefits for their children and receive benefits for their eligible children.
- You can still apply and be eligible for Food Stamp Benefits even if you have reached your Temporary Assistance time limits.

Need Food Stamp Benefits Right Away?

You May Be Eligible For Expedited Processing of your Food Stamp Benefits Application.

If your household has little or no income or liquid resources, **or** if your rent and utility expenses are more than your income and liquid resources, **or** you are a migrant or seasonal farmworker with little or no income or resources when you apply, you may be qualified to receive Food Stamp Benefits within 5 calendar days after the date that you apply for benefits. Your worker will always review your circumstances to see if you are qualified for expedited processing of your Food Stamp Benefits application. A process is in place to issue Food Stamp Benefits to all eligible households who meet the standards for expedited service.

Where You Can Apply For Food Stamp Benefits

If you live **outside of** New York City, call or visit your local department of social services in the county where you live and ask for an application package. You can get the address and phone number by calling toll free **1-800-342-3009**.

If you live in **New York City** and you are **not** also applying for Temporary Assistance, call or visit any Food Stamp Benefits Office and ask for an application package. You can get the address and phone number by calling **1-877-472-8411** or toll free **1-800-342-3009**.

Having Problems Coming To Us For A Food Stamp Benefits Appointment?

If it is difficult for you to come in for a Food Stamp Benefits application appointment (reasons may include employment, health issues, or child care problems), you may have someone else apply for you. You also can mail us your application or drop it off and, in some circumstances; we can interview you by telephone.

Please contact your local department of social services if you have any questions, to see if you are eligible for a telephone interview, **or if you need to reschedule an interview.**

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE
FOOD STAMP BENEFITS APPLICATION / RECERTIFICATION

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	<input type="checkbox"/> Apply <input type="checkbox"/> Recertify	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	----------	---	------

Name: _____ Telephone Number: _____ Other phone where you can be reached: _____
 Residence Address: _____ Apt.# _____ City 1, NY Zip Code _____
 Mailing Address (if different) _____ Apt.# _____ City 1, NY Zip Code _____
 Other Name: _____ Are You: Applying or Recertifying Do you want to receive notices in: Spanish and English or English **Only**

We must accept your application if, at a minimum, it contains your name, address (if you have one), and signature in this box. →

APPLICANT/REPRESENTATIVE SIGNATURE <u>2</u>	DATE SIGNED
---	-------------

List everyone who lives with you even if they are not applying. List yourself first.

L N	First Name	M I	Last Name	Social Security Number (SSN) of applying member (If none, write "NONE")	Date of Birth	Marital Status	Sex M or F	Is this person applying?		Relationship to you	Do you buy and/or prepare food with this person?		Hispanic or Latino?		Enter Y (Yes) or N (No) for each race*							
								Yes	No		Yes	No	Yes	No	I	A	B	P	W	U		
1				SAMP				<input checked="" type="checkbox"/>		self	<input checked="" type="checkbox"/>											
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

*Race/Ethnic Codes: **I** – Native American or Alaskan Native, **A** - Asian, **B** – Black or African American, **P** – Native Hawaiian or Pacific Islander, **W** – White, **U** – Unknown (**MA Only**)

Are you and is everyone living with you a US citizen? Yes No If No, who is not a citizen? _____
 Has a court issued a warrant because it found that you or anyone living with you is fleeing to avoid prosecution, custody or confinement for a felony or an attempted felony? Yes No
 Are you or is anyone living with you in violation of probation or parole according to a court? Yes No
 Have you or has anyone living with you ever been disqualified from receiving Food Stamp Benefits because of fraud or intentional program violation? Yes No
 Are you or is anyone in your household applying for or receiving Food Stamp Benefits or Temporary Assistance in another place? Yes No
 Are you or is anyone living with you blind, disabled or pregnant? Yes No If Yes, who _____
 Are you or is anyone living with you a veteran? Yes No If Yes, who _____
 Do you or does anyone live in a drug or alcohol treatment center, State-certified group living facility or State-certified supervised/supportive apartment? Yes No
 If you are recertifying for Food Stamp Benefits, list on the Page 6 what has changed since your last application or recertification (such as moved, had a baby, someone moved in or out of your household).

INCOME

List **ALL** your income and the income of anyone living with you. This includes, but is not limited to **wages, income from self-employment (for example: babysitting, cleaning, income from a roomer or boarder) child support, pensions, veterans benefits, disability, social security or SSI, grant for scholarships for rent or food, Public Assistance, and income from friends or relatives.**

Name of Person Receiving Income	Source of Income	Hours Worked Per Month	How Often is it Received? (for example, weekly, bi-weekly, monthly)	Gross Amount Received Before Deductions

Do you or does anyone living with you have child/dependent care costs related to employment or training? Yes No *If Yes, who* _____.

Amount paid \$ _____. How often paid (e.g., weekly, monthly) _____.

Have you or has anyone living with you changed or quit jobs or reduced any form of income in the last 30 days – including reduced work hours or income? Yes No

Do you or does anyone living with you have any potential income that has not yet been received? Yes No *If Yes, explain on Page 6.*

Do you or does anyone living with you receive a Personal Needs Allowance (PNA) or a Meal Allowance? Yes No *If Yes, who* _____.

Have you or has anyone in your household set aside any income under "PASS: Plan To Achieve Self Support" approved by the Social Security Administration?

Yes No *If Yes, who* _____.

Are you or is anyone living with you participating in a strike? Yes No *If Yes, who* _____.

RESOURCES

Resources do not affect the eligibility of most households applying for Food Stamp Benefits. However, some resource information is used to determine if you qualify for expedited processing of your application.

How much money does everyone in your household have? (For example, on your person, in your home, in checking and savings accounts, or other locations, including jointly held accounts) \$ _____ Belongs to _____.

Other financial assets? (For example, stocks, bonds, retirement accounts, savings bonds, mutual funds, IRAs, trust funds, money market certificates) Yes No

If Yes, amount \$ _____ Type _____ Owner _____.

How many cars, trucks or other vehicles do you or anyone in your household have?

___ #1 Year ___ Make _____ Model _____ Owner _____

___ #2 Year ___ Make _____ Model _____ Owner _____

Do you or anyone applying own any property including your own home? Yes No *if yes, list property* _____ *Owner* _____

Has anyone applying sold, given away or transferred cash or property in the last three months to qualify for Food Stamp Benefits? Yes No

LIVING ARRANGEMENTS AND EXPENSES

Check all the descriptions that apply to your household:

Own home or paying for home Renting Migrant/seasonal farmworker No permanent residence Live with relatives or friends

List expenses:

Monthly rent or mortgage payment \$ _____ Tax on home per year \$ _____ Insurance on home per year \$ _____.

Pay separately for Heat? Yes No *If yes, specify type of heating:* Gas Electric Oil Wood Coal Propane Other (list) _____

Heat Co. Name _____ Heat Co. Acct. No. _____

You may use the page 6 if you need more room or there is other information that you think we might need.

Go to Page 3

LIVING ARRANGEMENTS AND EXPENSES (Cont'd)

Pay for air conditioning, either in your electric bill or as a separate fee? Yes No

Pay separately for utilities (*other than heating/cooling*)? Yes No (*for example, lights, cooking gas, washer/dryer fees, garbage/trash, water, initial installation of utilities*).

Does anyone else pay any of these expenses for you (*some examples are Section 8 or other subsidy program*)?

Yes No *If yes, who pays what?* _____

Do you or does anyone living with you pay court-ordered child support? Yes No *If yes, who* _____

Name(s) of child(ren) support is being paid for _____

Payment amount \$ _____ Frequency of payments (*for example, weekly, bi-weekly, monthly*) _____

Are you, and/or anyone living with you, blind/disabled or at least age 60? If so, does such person have medical bills? Yes No *If yes, list on the page 6 what they are for, how much and who is responsible for payment.*

Are you, and/or anyone living with you, on Medicaid with a spenddown? Yes No *If yes, who* _____ *Amount \$* _____

Are you, and/or anyone living with you (*16 years old or older*) enrolled in school or training? Yes No *If yes, who* _____ *where* _____

You may use the page 6 if you need more room or there is other information that you think we might need.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW

FOOD STAMP BENEFITS (FS) PENALTY WARNING – Any information you provide in connection with your application for FS will be subject to verification by Federal, State and local officials. If any information is incorrect, you may be denied FS. You may be subject to criminal prosecution for knowingly providing incorrect information.

You will **never** be able to get FS again if you are found guilty in a court of law for the second time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for FS; **or** found guilty in a court of law of selling or getting firearms, ammunition or explosives in exchange for FS; **or** found guilty in a court of trafficking in FS worth \$500 or more. Trafficking includes the illegal use, transfer, acquisition, alteration or possession of FS, authorization cards or access devices; **or** found guilty of committing a third Intentional Program Violation (IPV).

You will not be able to get FS for two years if you are found guilty in a court of law for the first time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for FS.

If you have committed your: ■ First IPV, you will not be able to get FS for one year. ■ Second IPV, you will not be able to get FS for two years.

A court could also bar you from receiving Food Stamp Benefits for an additional 18 months. If you make a false statement about who you are or where you live in order to get multiple FS, you will not be able to get FS for ten years (or **permanently** if this is the third IPV).

You may be found guilty of an IPV if you make a false or misleading statement, or misrepresent, conceal or withhold facts; **or** commit any act that constitutes a violation of Federal or State law for the purpose of using, presenting, transferring, acquiring, receiving, possessing or trafficking of coupons, authorization cards or reusable documents used as part of the Electronic Benefit Transfer (EBT) system.

You could also be fined up to \$250,000, sent to jail for up to 20 years, or both.

Anyone who is fleeing to avoid prosecution, custody or confinement for a felony, or who is violating a condition of probation or parole, is not eligible to receive Food Stamp Benefits.

If you get more Food Stamp Benefits than you should have (overpayment), you must pay them back. If your case is active, we will take back the amount of the overpayment from future Food Stamp Benefits that you get. If your case is closed, you may pay back the overpayment through any unused Food Stamp Benefits remaining in your account, or you may pay cash.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW (cont'd)

If you have an overpayment that is not paid back, it will be referred for collection in a number of ways, including automated collection by the federal government. Federal benefits (such as Social Security) and tax refunds that you are entitled to receive may be taken to pay back the overpayment. The debt will also be subject to processing charges.

Any expunged Food Stamp Benefits will be put towards your overpayment. If you apply for Food Stamp Benefits again, and have not repaid the amount you owe, your Food Stamp Benefits will be reduced if you begin to get them again. You will be notified, at that time, of the amount of reduced benefits you will get.

CONSENT – I understand that by signing this application form I agree to any investigation made by the New York State Office of Temporary and Disability Assistance or my local social services district to verify or confirm the information I have given or any other investigation made by them in connection with my request for Food Stamp Benefits. If additional information is requested, I will provide it. I will also cooperate with State and Federal personnel in a Food Stamp Benefits Quality Control Review.

CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL UNEMPLOYMENT INSURANCE (UI) INFORMATION – I authorize the New York State Department of Labor (DOL) to release any confidential information, maintained by DOL for Unemployment Insurance (UI) purposes, to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA). This information includes UI benefit claims and wage records. I understand that OTDA, along with State and local agency employees working in local social services district offices, will use the UI information for establishing or verifying eligibility for, and the amount of, TA, MA, or FS benefits applied for in this application and for investigations to determine whether I received benefits to which I was not entitled.

SUA (STANDARD UTILITY ALLOWANCE) INFORMATION – I understand that Food Stamp Benefits (FS) recipients are categorically income eligible for the Home Energy Assistance Program (HEAP). If I am not included in the annual automatic HEAP payment process for certain FS recipients, my household intends to apply for a HEAP benefit within the next 12 months. If I decide not to apply for HEAP within the next 12 months, I will let my worker know.

TELEPHONE ALLOWANCE INFORMATION – I understand that Food Stamp Benefits recipients are eligible for a telephone allowance if they pay to use a home phone, cell phone, phone, phone calling card or coin operated pay phone. If I do not have any cost to make phone calls, I will let my worker know.

CHANGES – I agree to inform the agency **promptly** of any change in my needs, income, property, living arrangement, pregnancy status or address to the best of my knowledge or belief in accordance with my reporting requirements.

REQUIREMENT TO REPORT/VERIFY HOUSEHOLD EXPENSES – I understand that my household must report child care and utility expenses in order to get a Food Stamp Benefits (FS) deduction for these expenses. I further understand that my household must report and verify rent/mortgage payments, property taxes, insurance, medical expenses and child support paid to a non-household member in order to get a FS deduction for these expenses. I understand that failure to report/verify the above expenses will be seen as a statement by my household that I/we do not want to receive a deduction for those unreported/unverified expenses. A deduction for these expenses may make me eligible for FS or may increase my FS. I understand that I may report/verify these expenses at any time in the future. This deduction would then be applied to the calculation of FS in future months in accordance with the rules for change reporting and processing changes.

PRIVACY ACT STATEMENT – COLLECTION AND USE OF SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN) – The collection of SSN's is authorized for each household member with respect to Food Stamp Benefits pursuant to the Food Stamp Act of 1977 (as amended, 7 US Code 2011-2036). The information we collect will be used to determine whether your household is eligible or continues to be eligible for benefits. We will verify this information through computer matching programs. This information will also be used to monitor compliance with program regulations and for program management. The information will be used to check identity, to verify earned and unearned income, and to determine if applicants or recipients can receive money or other help. The information may be disclosed to State and Federal agencies for official examination and to law enforcement officials for the purpose of apprehending persons fleeing to avoid the law.

If you or anyone applying/recertifying does not have an SSN, a SSN must be applied for at the Social Security Agency.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW (cont'd)

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS– I swear and/or affirm under penalty of perjury that the information I have provided about the citizenship and immigration status of my self and everyone living with me is true and correct. I understand that any information I provide to verify the immigration status of anyone applying for Food Stamp Benefits may be checked for authenticity with the United States Citizenship and Immigration Services.

For the Food Stamp Benefits Program, citizenship must be documented only if questionable.

NON-DISCRIMINATION NOTICE – In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture (USDA) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, political belief, or disability. To file a complaint of discrimination write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

LIFELINE: For applicants/recipients of Food Stamp Benefits: The Office of Temporary and Disability Assistance may or may not release your name and address to your telephone service provider. Your telephone service provider may or may not use this information to enroll you in their Lifeline Service for a discounted telephone rate.

If you do not want this information released, check this box

You may contact your telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

Medicaid-**only** applicants/recipients must contact their telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

AUTHORIZED REPRESENTATIVE – You can authorize someone who knows your household circumstances to **apply** for Food Stamp Benefits (FS) for you. You can also authorize someone outside your household to get FS for you and to use them to buy food for you. If you would like to authorize someone, you must do so in writing. You may do so by printing the person's name, address and phone number below. When an Authorized Representative is applying on behalf of a Food Stamp Benefits Household that does not reside in an institution, both the Authorized Representative and the Food Stamp Benefits Head of Household or other responsible adult member of the household must sign and date the signature sections at the bottom of this page.

IF YOU WOULD LIKE TO AUTHORIZE SOMEONE, PRINT THE PERSON'S NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER DIRECTLY BELOW.

Name _____ Address _____ Phone _____

CERTIFICATION: I swear and/or affirm under the penalties of perjury that the information I have given or will give to the local Social Services district is correct.

APPLICANT SIGNATURE X	DATE SIGNED 10
Authorized Representative SIGNATURE X	DATE SIGNED

IF YOU HELPED COMPLETE THIS APPLICATION / RECERTIFICATION FOR SOMEONE ELSE, PRINT YOUR NAME AND ADDRESS HERE. YOU MAY ALSO VOLUNTARILY PRINT YOUR TELEPHONE NUMBER.

Name _____ Address _____ Phone _____

Use this area for additional information:

Who: _____ Explanation: _____

Who: _____ Explanation: _____

Who: _____ Explanation: _____

11

I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION/RECERTIFICATION. I understand that I may reapply at any time.

SIGNATURE

DATE

SAMPLE 12

For Agency Use Only

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW **TELEPHONE INTERVIEW**

Comments:

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本



VOTER REGISTRATION FORM

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

YES (If you check yes, please complete VOTER REGISTRATION APPLICATION at bottom of page)

- NO because I choose not to register OR
- I am already registered at my current address OR
- I asked for and received a mail registration form.

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

_____/____/____ (Date)
 _____ (Signature)
 _____ (Please Print Name)

IMPORTANT!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

*New York State Board of Elections, 40 Steuben Street,
 Albany, New York 12207-2109
 Telephone: 1-800-469-6872;
 TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
 or visit our web site - www.elections.state.ny.us*

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in jail or on parole for a felony conviction; and
- not claim the right to vote elsewhere.

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (01/07)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot Please print or type in blue or black ink Yes, I would like to be an Election Day worker

<p>1 Are you a U. S. citizen? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If you answered NO, do not complete this form.</p>	<p>2 Will you be 18 years old on or before election day? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year.</p>	<p>For Board use only!</p>
<p>3 Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____</p>		
<p>4 Address where you live (do not give P.O. address) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____</p>		
<p>5 Address where you get your mail (if different from above) _____ P.O. Box, star route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____</p>		
<p>6 Date of Birth _____</p>	<p>7 Sex (circle) _____</p> <p style="margin-left: 20px;">M F</p>	<p>8 Home Tel. Number (optional) _____</p>
<p>10 The last year you voted _____</p>		<p>9 ID Number - Check the applicable box and provide your number <input type="checkbox"/> New York DMV number _____ If you do not have a New York DMV number, please provide: <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security Number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York Driver's license number or a Social Security Number</p>
<p>In county/state _____</p>		
<p>11 Choose a party -- Check one box only</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> DEMOCRATIC PARTY <input type="checkbox"/> REPUBLICAN PARTY <input type="checkbox"/> INDEPENDENCE PARTY <input type="checkbox"/> CONSERVATIVE PARTY <input type="checkbox"/> WORKING FAMILIES PARTY <input type="checkbox"/> OTHER (write in) _____ <input type="checkbox"/> I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY 		<p><i>Please note:</i> In order to vote in a primary election, you must be enrolled in one of these parties. *See reverse</p>
<p>12 AFFIDAVIT: I swear or affirm that</p> <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true. I understand that if it is not true I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. 		<p>→ _____ (Signature or Mark in Ink) (Date)</p>

SAMPLE

IDENTIFICATION REQUIREMENTS

Your identity must be verified prior to election day, so that you will not have to provide identification when you vote. Your identity can be verified through your DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, as requested in Box 9 of this application.

If your identity is not verified before election day, you will be asked to provide identification when you vote for the first time. Samples of the identification you may provide include a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, government check or some other government document that shows your name and address.

TO COMPLETE THIS FORM:

Box 1: Must be completed. If you answer NO, do not complete this form.

Box 2: Must be completed, however if you check NO, do not complete this form UNLESS you are a New York resident who will be 18 by the end of this year.

Box 4: Give your home address.

Box 5: Give your mailing address if it is different from your home address (post office box no., star route or rural route no., etc.).

Box 8: The completion of this box is optional.

Box 9: Must be completed. If you have a current New York driver's license, you must provide that number. If you do not have a current New York driver's license, you must provide the last four digits of your social security number.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: In order to vote in a party primary, you must be enrolled in one of New York's 5 constituted parties. Check one box only. (*Except the Independence Party, which permits non-enrolled voters to vote in their primary elections.)

Box 12: This application must be signed and dated in ink.



SOLICITUD / REVALIDACIÓN DE CUPONES PARA ALIMENTOS



Utilice este formulario solamente para solicitar los beneficios de cupones para alimentos

Puede solicitar este formulario abreviado si solamente quiere solicitar el beneficio de cupones para alimentos. Si desea solicitar otros beneficios tales como, Asistencia Temporal, Asistencia para el Cuidado de Niños, Programa de Subsidio de Energía para el Hogar o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente.

Esta solicitud es solamente para solicitar el beneficio de cupones para alimentos.

Cuando usted solicita el beneficio de cupones para alimentos

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si reúne los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha que somete su solicitud.
- Puede someter la solicitud antes de presentarse a la entrevista.
- Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, su domicilio (si tiene uno) y su firma. Esta información establece la fecha de presentación de la solicitud. Sin embargo, para determinar si usted reúne los requisitos debe llenar toda la solicitud y ser entrevistado(a).
- Usted puede solicitar y obtener cupones para alimentos para aquellos miembros de su hogar que satisfacen los requisitos exigidos, aun cuando usted o el resto de los miembros del hogar no reúnan los requisitos debido a la condición de inmigrante. Por ejemplo, los padres inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar los beneficios de cupones para alimentos para los hijos que sí reúnen los requisitos.
- Usted puede solicitar y cumplir con los requisitos de los beneficios de cupones para alimentos aun cuando ya haya finalizado su límite de tiempo para recibir Asistencia Temporal.

¿Necesita los beneficios de cupones para alimentos de inmediato?

Es posible que usted reúna los requisitos para la emisión acelerada de cupones

Si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos, o éstos son escasos, o sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, o es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca con pocos ingresos y recursos, o sin ningún ingreso o recurso al momento de solicitar beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir los cupones dentro de 5 días calendario de sometida la solicitud. Como parte del proceso habitual, la persona a cargo de su caso analizará la situación de su hogar para determinar si cumple con las normas requeridas para el procesamiento acelerado de su solicitud. Existe un procedimiento que garantiza la emisión de beneficios de cupones para alimentos a todos los hogares que habilitan según las normas establecidas del proceso acelerado.

Dónde puede solicitar los beneficios de cupones para alimentos

Si usted vive en las **afueras** de la ciudad de Nueva York, llame o visite su departamento local de servicios sociales del condado en el que vive y pida el paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al número gratuito **1-800-342-3009**.

Si vive en la **ciudad de Nueva York** y **no** está también solicitando Asistencia Temporal, llame o visite cualquier oficina de beneficios de cupones para alimentos y pida su paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando, libre de cargos, al **1-877-472-8411** o al **1-800-342-3009**.

¿No le es posible presentarse en nuestras oficinas para la entrevista?

Si se le dificulta presentarse en nuestra oficina para sostener una entrevista (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud o de cuidado de niños), otra persona puede someter la solicitud en su representación. Además, usted puede enviar su solicitud por correo o dejarla en nuestras oficinas y en algunos casos, podemos entrevistarle por teléfono.

En caso de que tenga alguna pregunta, quiera saber si reúne los requisitos para concertar una entrevista telefónica o **necesite reprogramar una entrevista**, sírvase contactar a su departamento local de servicios sociales.

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE
SOLICITUD / REVALIDACIÓN DE CUPONES PARA ALIMENTOS

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	<input type="checkbox"/> Apply <input type="checkbox"/> Recertify	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	----------	---	------

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Otro número de teléfono donde se le pueda localizar: _____
 Dirección residencial: _____ Apto.# _____ Ciudad 1, NY Código Postal _____
 Dirección postal (si es diferente) _____ Apto.# _____ Ciudad 1, NY Código Postal _____
 Otro nombre: _____ Usted está: Solicitando Revalidando Quiere recibir avisos en: español e inglés inglés solamente

Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, la dirección de su domicilio (si tiene uno) y su firma en este encasillado. →	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE <u>2</u>	FECHA DE LA FIRMA
--	--	-------------------

Incluya a todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando beneficios. Escriba su información personal en la línea uno.

	Primer nombre	Inicial	Apellido	Número de Seguro Social del solicitante (si no tiene uno, escriba «No tiene»)	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo M F	¿Está solicitando beneficios esta persona?		Parentesco con usted	¿Compra y/o prepara las comidas con usted esta persona?		¿Hispano o Latino?	Indique S (Sí) o N (No) para cada código de raza*.								
								Sí	No		Sí	No										
1	SAMP																					
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

*Códigos de raza o etnia: **I** – americano autóctono o nativo de Alaska, **A** – asiático, **B** – negro o afroamericano, **P** – nativo de Hawai o islas del Pacífico, **W** – Blanco, **U** – desconocido (MA SOLAMENTE)

¿Es usted y todas las personas que viven con usted, ciudadano(s) estadounidense(s)? Sí No En caso negativo, ¿quién no es ciudadano? _____
 ¿Se ha emitido una orden de arresto en su contra o en contra de alguna de las personas que viven con usted por huir para evadir enjuiciamiento, custodia o reclusión por un delito mayor o intento de delito mayor? Sí No
 ¿Está usted o alguna de las personas que viven con usted en violación de libertad probatoria (probation) o libertad bajo palabra (parole) impuesta por un juez? Sí No
 ¿Ha sido usted o alguna de las personas que viven con usted, alguna vez suspendido(a) del programa de cupones para alimentos por fraude o violación intencional al programa? Sí No
 ¿Está usted o alguna de las personas que viven en su hogar, solicitando o recibiendo Cupones para Alimentos o Asistencia Temporal en otro lugar? Sí No
 ¿Está usted o alguna de las personas que viven con usted ciego(a), incapacitado(a) o embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____
 ¿Es usted o alguna de las personas que viven con usted, veterano de guerra? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____
 ¿Reside usted o alguna de las personas que viven con usted, en un centro de tratamiento por drogadicción o alcoholismo, residencia en grupo o apartamento subsidiado por el Estado con servicios de apoyo? Sí No
 Si la presente es una revalidación de cupones, incluya en la página 6 todo cambio en las circunstancias de su hogar que haya ocurrido desde la última vez que presentó su solicitud o revalidación (por ejemplo: se mudó, tuvo un(a) niño(a), alguien vino a vivir a su hogar o se marchó del mismo).

INGRESOS

Incluya **TODOS** sus ingresos y los de todas las personas que viven con usted. Las fuentes de ingresos pueden incluir, pero no se limitan, a los siguientes: **salarios, ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia (por ejemplo: cuidado de niños, tareas de limpieza, ingresos provenientes de un huésped o pensionista), sustento de menores, pensiones, beneficios para veteranos, incapacidad, seguro social o SSI, subsidios de becas para alquiler o alimentos, asistencia pública e ingresos provenientes de amigos o parientes.**

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Fuente del ingreso	Horas trabajadas por mes	¿Con qué frecuencia lo recibe? (por ejemplo: semanal, quincenal, mensual)	Cantidad en bruto recibida antes de las deducciones

¿Tiene usted o alguna persona que vive con usted, gastos por cuidado de niños/personas a cargo relacionados con un empleo o capacitación? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____.

Cantidad pagada (\$) _____. ¿Con qué frecuencia se paga? (por ejemplo: semanal, mensual) _____.

Usted o alguna de las personas que vive con usted, ¿ha cambiado de trabajo, dejado el trabajo, o ha tenido una reducción en la fuente de ingresos en los últimos 30 días - incluyendo menos horas de trabajo o menos ingresos? Sí No

¿Cuenta usted o alguna de las personas que viven con usted, con un ingreso potencial que aún no ha recibido? Sí No *En caso afirmativo, explique en la página 6.*

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted, Asignación para Necesidades Personales (PNA) o Asignación para Alimentos? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____.

¿Ha ahorrado usted o alguna de las personas que viven con usted, ingresos bajo el programa autorizado de la Administración de Seguro Social PASS: Plan para la autosuficiencia?

Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____.

¿Está usted o alguna de las personas que vive con usted, participando en una huelga? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____.

RECURSOS

Los recursos no afectan la habilitación de la mayoría de los hogares que solicitan cupones. Sin embargo, ciertos datos referentes a los recursos se utilizan para determinar si usted puede recibirlos por medio del procesamiento acelerado.

¿Cuánto dinero tienen las personas que viven en su hogar? (Por ejemplo: cuánto tienen consigo, en su hogar, en la cuenta corriente y de ahorros y demás, incluyendo cuentas en tenencia conjunta).

\$ _____ pertenecen a _____.

¿Otros activos financieros? (Por ejemplo: acciones, bonos, cuentas de jubilación, bonos de ahorro, fondos mutuos, cuentas de jubilación (IRA), fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero)

Sí No *En caso afirmativo, cantidad en \$ _____ Tipo _____ Propietario _____.*

¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tiene usted o las personas que viven con usted?

____ N° 1 Año _____ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____

____ N° 2 Año _____ Marca _____ Modelo _____ Propietario _____

¿Acaso usted o alguno de los solicitantes, es dueño(a) de alguna propiedad, incluyendo casa propia? Sí No *En caso afirmativo, indique propiedad _____ Propietario _____.*

¿Alguno de los solicitantes vendió, regaló o transfirió dinero o propiedades durante los últimos tres meses a fin de reunir los requisitos para recibir cupones? Sí No

VIVIENDA Y GASTOS

Marque todas las descripciones que correspondan a su hogar:

Vivienda propia o la está pagando Renta Trabajador migrante estacional de finca No tiene residencia permanente Vive con parientes o amigos

Indique gastos:

Pagos mensuales de alquiler o hipoteca \$ _____ Impuestos inmobiliarios anuales \$ _____ Seguro anual de la casa \$ _____.

¿Paga calefacción por separado? Sí No. En caso afirmativo, especifique qué tipo de calefacción: Gas Electricidad Fuel oil Leña Carbón Propano Otro (Indique) _____.

N° de cuenta que tiene con la compañía de calefacción _____.

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.

Vaya a la página 3

VIVIENDA Y GASTOS (continuación)

¿Paga por aire acondicionado, ya sea en la factura de electricidad o por separado? Sí No

¿Paga los servicios públicos por separado (*aparte de la calefacción / aire acondicionado*)? Sí No (*por ejemplo: luz, gas para cocinar, gastos de lavandería, recolección de desperdicios y basura, agua, pago inicial por acceso a servicios públicos*).

¿Paga alguna otra persona estos gastos por usted (*por ejemplo: Sección 8 u otro programa de subsidio*)? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién paga qué?* _____

¿Paga usted o alguna de las personas que vive con usted, sustento de menores por orden judicial? Sí No *En caso afirmativo, ¿quién?* _____

Nombre o nombres del niño o niños por los cuales se paga sustento de menores _____

Cantidad del pago \$ _____ Frecuencia del pago (*por ejemplo, semanal, quincenal, mensual*) _____

¿Usted y/o alguna de las personas que viven con usted es ciego(a), incapacitado(a) o tiene por lo menos 60 años de edad? En caso afirmativo, ¿Tiene dicha persona gastos médicos? Sí No

En caso afirmativo, haga una lista en la página 6 de dichos gastos indicando el tipo de gasto, el monto y quién es el responsable de dichos gastos.

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted Medicaid con requisito de sobrante (*spenddown*)? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____ monto \$ _____

¿Usted o alguna de las personas que vive con usted (*de 16 años de edad o mayor*) asiste a la escuela o participa en algún programa de capacitación? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿dónde? _____

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS (FS) - Toda información que brinde en relación con su solicitud para recibir los cupones para alimentos estará sujeta a la verificación por autoridades federales, estatales y municipales. De encontrarse información inexacta, se le podrán denegar los cupones. Se le someterá a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información incorrecta.

Nunca más podrá obtener beneficios de cupones para alimentos si se le declara culpable por segunda vez en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere receta médica) a cambio de cupones; o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de cupones; o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de traficar cupones para alimentos por un valor de \$500 o más. El tráfico incluye el uso ilegal, la transferencia, la adquisición, la manipulación o la posesión ilegal de cupones para alimentos, tarjetas de autorización o elementos de acceso; o si es declarado culpable de cometer la tercera Violación Intencional al Programa (IPV).

No podrá recibir cupones para alimentos durante dos años si se le declara culpable, por primera vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas que sólo se pueden comprar con receta médica) a cambio de cupones para alimentos.

Si ha cometido su: ■ Primera IPV, no podrá recibir los cupones por el periodo de un año. ■ Segunda IPV, no podrá recibir los cupones por un periodo de dos años.

También, un tribunal de justicia puede prohibirle recibir beneficios de cupones durante un periodo de 18 meses adicionales. Si hace una declaración falsa sobre su identidad o domicilio a fin de recibir beneficios múltiples de cupones, no podrá recibir cupones durante un periodo de diez años (o **en forma permanente** si ésta es su tercera IPV).

Se le puede declarar culpable de una IPV si presta testimonio falso o engañoso, o hace representaciones falsas, oculta o retiene datos; o comete un acto que constituya una violación de la ley federal o estatal con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar cupones, tarjetas de autorización o documentos reusables pertenecientes al sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Se le impondrá una multa de hasta \$250,000, pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones.

No reunirán los requisitos para recibir los beneficios de cupones para alimentos aquellas personas que estén prófugas de la justicia para evadir un juicio, proceso o reclusión por un delito, o que violen el período de libertad probatoria o libertad bajo palabra.

Si usted recibe un monto mayor de beneficios de cupones para alimentos de los que debiera recibir (pago en exceso), debe devolverlo. Si su caso está activo, deduciremos el monto en exceso de los pagos futuros de cupones que usted reciba. Si su caso está cerrado, usted puede devolver el monto en exceso regresando cualquier monto no utilizado de cupones que reste en su cuenta, o puede pagar en efectivo.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

Si usted recibió un pago en exceso que todavía no ha reembolsado, dicho pago se le cobrará de diversas maneras, inclusive por medio del cobro automático por parte del gobierno federal. El beneficio federal (tal como el Seguro Social) y los reembolsos de impuestos que a los que usted tenga derecho, se podrán retener como pago de la deuda a la cual también se le agregará cargos de tramitación.

Todo monto de beneficio de cupones que haya sido retirado de la cuenta de cupones se acreditará a la deuda del pago en exceso. Si usted solicita nuevamente cupones para alimentos y tiene una deuda de pago en exceso pendiente, ésta se deducirá del nuevo monto de cupones que usted reciba y se le notificará del nuevo monto reducido de beneficios que recibirá.

CONSENTIMIENTO: entiendo que al firmar esta solicitud doy mi consentimiento para que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) realice toda investigación necesaria a fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, o para cualquier otra investigación realizada en relación con mi solicitud de cupones para alimentos. Proporcionaré información adicional si se requiere. Además, cooperaré con el personal estatal y federal en la realización de toda revisión de control de calidad pertinente al programa de cupones para alimentos.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE SEGURO DE DESEMPLEO: autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York a divulgar toda información confidencial, relativa al seguro de desempleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York. Dicha información incluye datos sobre reclamos de beneficios de seguro de desempleo y registros salariales. Entiendo que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados, junto con los empleados de organismos locales y estatales que trabajan en oficinas de distrito de servicios sociales locales, utilizarán la información del seguro de desempleo para establecer o verificar si se reúnen los requisitos, y el monto de los beneficios de Asistencia Temporal, Asistencia Médica y de Cupones para Alimentos solicitados en la presente solicitud y con el fin de investigar si tenía derecho a los beneficios que recibí.

INFORMACIÓN SOBRE SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA): entiendo que los beneficiarios de cupones para alimentos reúnen los requisitos en base a una categoría de ingresos establecida por el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP destinado a ciertos beneficiarios de cupones para alimentos, tengo intenciones de solicitarlo dentro de los próximos 12 meses. Si decido no solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses, le informaré de dicha situación a la persona a cargo de mi caso.

INFORMACIÓN SOBRE ASIGNACIÓN PARA SERVICIOS TELEFÓNICOS: entiendo que los beneficiarios de cupones para alimentos reúnen los requisitos para recibir una subvención telefónica si pagan por servicio telefónico residencial, teléfono celular, teléfono, tarjeta telefónica o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

CAMBIOS: acepto informar con prontitud a la agencia de todo cambio que se produzca pertinente a mis necesidades, ingresos, propiedades, condiciones de vivienda o domicilio, según mi leal saber y entender, y según lo establecen las normas vigentes sobre informe de cambios.

RESPONSABILIDAD DE REPORTAR / VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR: entiendo que mi hogar debe reportar gastos por cuidado de niños y servicios públicos para poder obtener deducciones por estos gastos con relación al programa de cupones (FS). Además, entiendo que mi hogar deberá reportar y comprobar los pagos por alquiler / hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y sustento de menores pagados a toda persona que no sea miembro del hogar, con el fin de obtener una deducción por estos gastos en los cupones. Entiendo que el no reportar / no verificar los gastos anteriores se interpretará como una declaración por parte de mi hogar de que yo no quiero, o de que nosotros no queremos obtener la deducción por tales gastos no reportados / no verificados. La deducción por estos gastos podría habilitarme para recibir cupones o aumentar mis beneficios de cupones. Entiendo que puedo reportar / verificar estos gastos cuando lo desee en el futuro. Esta deducción se aplicará luego al cálculo de beneficios de cupones en meses subsiguientes, según las reglas sobre informe y proceso de cambios.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - RECOPIACIÓN Y USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): la recopilación de los números de seguro social de cada miembro del hogar, con respecto a los cupones, está autorizada conforme la ley que rige al Programa Cupones para Alimentos de 1977 (enmendado, 7 US Code 2011-2036). Toda información recopilada servirá para determinar si su hogar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para recibir los beneficios. Verificaremos esta información por emparejamiento computarizado de datos. Esta información se utilizará para verificar el cumplimiento de las reglas del programa y para la administración del mismo. La información también se usará para verificar identidad, ingresos devengados y no devengados, y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Esta información podrá divulgarse a agencias estatales y federales para una revisión oficial y a autoridades del orden público con el propósito de arrestar a toda persona prófuga de la justicia.

Si usted o toda persona que realice la solicitud o revalidación no tiene número de Seguro Social, deberá solicitar uno ante la Administración del Seguro Social.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE / CONDICIÓN MIGRATORIA: declaro bajo juramento y/o afirmo so pena de perjurio que la información que presenté sobre mi ciudadanía estadounidense o condición migratoria, y la de las personas que viven en mi hogar es verdadera y correcta. Entiendo que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (*United States Citizenship and Immigration Services*) puede examinar la veracidad de la información que proporcione con relación al estado migratorio del/de los solicitante(s) de cupones para alimentos.

Con relación al Programa de beneficios de cupones para alimentos, debe documentarse la ciudadanía estadounidense sólo si existe duda.

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS: según legislación federal y los principios generales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (Department of Agriculture, USDA), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o incapacidad. Si desea presentar una queja por discriminación, envíe su carta al: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que brinda igualdad de oportunidades.

LIFELINE: solicitantes / beneficiarios de cupones para alimentos: es posible que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (*NYS Office of Temporary and Disability Assistance*) revele su nombre y domicilio a su compañía telefónica. La compañía telefónica posiblemente utilice esos datos para inscribirlo en el servicio de descuento telefónico conocido como *Lifeline*.

Si no desea que se revelen esos datos marque este casillero

Puede comunicarse directamente con su compañía telefónica para inscribirse en el servicio de descuento telefónico conocido como *Lifeline*.

Solamente los solicitantes o beneficiarios de Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía telefónica para inscribirse en el servicio de descuento telefónico conocido como *Lifeline*.

REPRESENTANTE AUTORIZADO: usted puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar para que **solicite** los cupones por usted. Además, también puede autorizar a otra persona que no sea miembro de su hogar para que obtenga los cupones en su representación y compre los alimentos por usted. Si desea autorizar a otra persona, deberá hacerlo por escrito.

Usted deberá escribir en letra de molde, el nombre de dicha persona, el domicilio y el número de teléfono en la sección que aparece más adelante. Cuando un representante autorizado solicita los beneficios de cupones para alimentos a favor de una familia que no reside en una institución, tanto el representante autorizado como el jefe de familia deben firmar y fechar la sección de firmas al pie de esta página.

SI QUIERE AUTORIZAR A OTRA PERSONA, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE COMPLETO, EL DOMICILIO Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA DIRECTAMENTE A CONTINUACIÓN.

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

CERTIFICACIÓN: juro y/o declaro so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito local de Servicios Sociales es verdadera.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL ESPOSO / ESPOSA	FECHA DE LA FIRMA
X		X	
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA DE LA FIRMA		
X			

SI USTED AYUDÓ A OTRA PERSONA A LLENAR ESTA SOLICITUD / REVALIDACIÓN, ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE SUYO Y DOMICILIO EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE. PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

Utilice esta página para información adicional:

¿Quién?: _____ Explicación:

¿Quién?: _____ Explicación:

¿Quién?: _____ Explicación:

11

ACEPTO RETIRAR MI SOLICITUD / REVALIDACIÓN. Entiendo que puedo volver a presentar una solicitud cuando yo quiera.

FIRMA _____

FECHA _____

Para uso exclusivo de la agencia (For Agency Use Only)

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW **TELEPHONE INTERVIEW**

Comments:

SAMPLE 12

Date: _____
Application File Date: _____
Center: _____

Food Stamp Benefits Application Signature Form (Supplement to Form LDSS-4826)

This is a supplement to the State-approved electronic Food Stamp Benefits Application/Recertification (LDSS-4826). We will accept this form as an application for Food Stamp Benefits if, at a minimum, it contains your name, address (if you have one) and signature. This information will establish your Food Stamp Benefits application filing date at Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) Centers that use an electronic interviewing process called the Paperless Office System (POS). However, we must interview you to determine your eligibility for benefits. At the interview, a Worker will ask you questions to complete the form **LDSS-4826**.

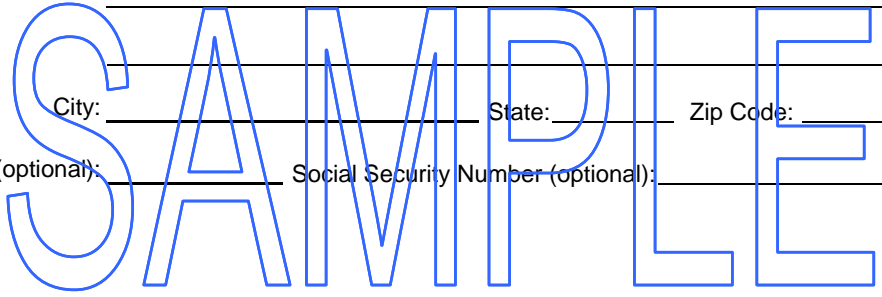
Note: If you complete this form but are unable to give us additional information today to help us determine your eligibility for Expedited Food Stamp Service, you will be scheduled for a full eligibility interview within five days.

Case Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Date of Birth (optional): _____ Social Security Number (optional): _____



Applicant/Authorized Representative's Signature

When You Are Applying for Food Stamp Benefits:

- You can file an application the same day you receive it. If you are determined eligible, benefits will be provided, back to the filing date of your application.
- You can file your application before you have an interview.
- You can apply for and get Food Stamp Benefits for eligible household members even if you or some other members of your household are not eligible for benefits because of immigration status. For example, ineligible alien parents can apply for Food Stamp Benefits for their children and receive benefits for their eligible children.
- You can still apply and be eligible for Food Stamp Benefits even if you have reached your Temporary Assistance time limits.

Need Food Stamp Benefits Right Away? You May Be Eligible for Expedited Processing of your Food Stamp Benefits Application.

- If your household has little or no income or liquid resources, or if your rent and utility expenses are more than your income and liquid resources, or you are a migrant or seasonal farm worker with little or no income or resources when you apply, you may be qualified to receive Food Stamp Benefits within five calendar days after the date that you apply for benefits.
- Your Worker will always review your circumstances to see if you are qualified for expedited processing of your Food Stamp Benefits application.
- A process is in place to issue Food Stamp Benefits to all eligible households who meet the standards for expedited service.

Fecha: _____

Fecha de la Solicitud: _____

Centro: _____

Formulario de la Firma de la Solicitud de Cupones para Alimentos

(Suplemento del Formulario LDSS-4826-SP)

Este formulario es un suplemento del formulario electrónico Solicitud/Recertificación de Beneficios de Cupones para Alimentos (LDSS-4826-SP), aprobado por el Estado. Aceptaremos este formulario como solicitud para Beneficios de Cupones para Alimentos si por lo menos contiene su nombre, dirección (si tiene) y su firma. Esta información establecerá la fecha de su solicitud en Centros de Cupones para Alimentos de no Asistencia en Efectivo (NCA Food Stamp Centers) donde se usa un proceso electrónico de entrevistas llamado POS (paperless office system). Sin embargo, nosotros tenemos que entrevistarle para determinar su elegibilidad para beneficios. Durante la entrevista un Trabajador le hará preguntas para poder llenar el formulario **LDSS-4826-SP**.

Nota: Si usted llena este formulario pero hoy no puede proporcionar datos adicionales para ayudarnos a determinar su elegibilidad para Servicio Acelerado de Beneficios de Cupones para Alimentos, se le programará una cita para una entrevista de elegibilidad completa dentro de cinco días.

Nombre del Caso: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento (opcional): _____ Número de Seguro Social (opcional): _____

SAMPLE

Firma del Solicitante/Representante Autorizado

Cuando Usted Está Solicitando Beneficios de Cupones para Alimentos:

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si se determina que usted es elegible, recibirá beneficios retroactivos a la fecha en que presentó la solicitud.
- Puede presentar su solicitud antes de su entrevista.
- Puede solicitar y recibir Cupones para Alimentos para miembros de su hogar elegibles aunque usted u otros miembros de su hogar no sean elegibles debido a su estado migratorio. Por ejemplo, los padres extranjeros inelegibles pueden solicitar Cupones para Alimentos para sus hijos y recibir beneficios para sus hijos elegibles.
- Puede aún solicitar y ser elegible para Beneficios de Cupones para Alimentos aunque haya alcanzado los límites de tiempo de Asistencia Temporal.

¿Necesita Beneficios de Cupones para Alimentos de Inmediato? Puede ser que Usted Sea Elegible para un Proceso Acelerado de su Solicitud para Beneficios de Cupones para Alimentos.

- Si su hogar carece de o tiene muy pocos ingresos o recursos líquidos, o si el alquiler y gastos de electricidad y/o gas exceden de la cantidad de sus ingresos y recursos líquidos, o si usted es un trabajador migrante de agricultura o estacional sin o con muy pocos ingresos o recursos cuando presente su solicitud, puede que sea elegible para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos dentro de cinco días después de la fecha en que usted solicitó beneficios.
- Su Trabajador siempre repasará los datos respecto a sus circunstancias para determinar si usted cumple los requisitos para que su solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos sea procesada de manera acelerada.
- Un proceso ha sido establecido para dar Beneficios de Cupones para Alimentos a todos los hogares elegibles que cumplan los requisitos de servicio acelerado.

Date: _____

Application File Date: _____

Center: _____

Food Stamp Benefits Application Attestation Signature Form

(Supplement to the LDSS-4826)

This is a supplement to the State-approved Food Stamp Benefits Application/Recertification (LDSS-4826). Your signature on this form is an acknowledgement that you have received the information on this form, taken from the Food Stamp Benefits Application/Recertification (LDSS-4826), about your rights and responsibilities as an applicant for the Food Stamp Program. Your signature on this form also is a sworn statement that any information that you have provided or will provide as part of your application is correct to the best of your knowledge. This will allow us to conduct your eligibility interview over the telephone.

FOOD STAMP BENEFITS (FS) PENALTY WARNING – Any information you provide in connection with your application for FS will be subject to verification by Federal, State and local officials. If any information is incorrect, you may be denied FS. You may be subject to criminal prosecution for knowingly providing incorrect information.

You will **never** be able to get Food Stamp Benefits (FS) again if you are found guilty in a court of law for the second time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for FS; **or** found guilty in a court of law of selling or getting firearms, ammunition or explosives in exchange for FS; **or** found guilty in a court of trafficking in FS worth \$500 or more. Trafficking includes the illegal use, transfer, acquisition, alteration or possession of FS, authorization cards or access devices; **or** found guilty of committing a third Intentional Program Violation (IPV).

You will not be able to get FS for two years if you are found guilty in a court of law for the first time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for FS.

If you have committed your:

- First IPV, you will not be able to get FS for one year.
- Second IPV, you will not be able to get FS for two years.

A court could also bar you from receiving Food Stamp Benefits for an additional 18 months. If you make a false statement about who you are or where you live in order to get multiple FS, you will not be able to get FS for ten years (or **permanently** if this is the third IPV).

You may be found guilty of an IPV if you make a false or misleading statement, or misrepresent, conceal or withhold facts; **or** commit any act that constitutes a violation of Federal or State law for the purpose of using, presenting, transferring, acquiring, receiving, possessing or trafficking of coupons, authorization cards or reusable documents used as part of the Electronic Benefit Transfer (EBT) system.

You could also be fined up to \$250,000, sent to jail for up to 20 years, or both.

Anyone who is fleeing to avoid prosecution, custody or confinement for a felony, or who is violating a condition of probation or parole, is not eligible to receive Food Stamp Benefits.

If you get more Food Stamp Benefits than you should have (overpayment), you must pay them back. If your case is active, we will take back the amount of overpayment from future Food Stamp Benefits that you get. If your case is closed, you may pay back the overpayment through any unused Food Stamp Benefits remaining in your account, or you may pay cash.

If you have an overpayment that is not paid back, it will be referred for collection in a number of ways, including automated collection by the federal government. Federal benefits (such as Social Security) and tax refunds that you are entitled to receive may be taken to pay back the overpayment. The debt will also be subject to processing charges.

Any expunged Food Stamp Benefits will be put towards your overpayment. If you apply for Food Stamp Benefits again, and have not repaid the amount you owe, your Food Stamp Benefits will be reduced if you begin to get them again. You will be notified, at that time, of the amount of reduced benefits you will get.

CONSENT – I understand that by signing this application form I agree to any investigation made by the New York State Office of Temporary and Disability Assistance or my local social services district to verify or confirm the information I have given or any other investigation made by them in connection with my request for Food Stamp Benefits. If additional information is requested, I will provide it. I will also cooperate with State and Federal personnel in a Food Stamp Benefits Quality Control Review.

CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL UNEMPLOYMENT INSURANCE (UI) INFORMATION – I authorize the New York State Department of Labor (DOL) to release any confidential information, maintained by DOL for Unemployment Insurance (UI) purposes, to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA). This information includes UI benefit claims and wage records. I understand that OTDA, along with State and local agency employees working in social services district offices, will use the UI information for establishing or verifying eligibility for, and the amount of, TA, MA, or FS benefits applied for in this application and for investigations to determine whether I received benefits to which I was not entitled.

SUA (STANDARD UTILITY ALLOWANCE) INFORMATION – I understand that Food Stamp Benefits (FS) recipients are categorically income eligible for the Home Energy Assistance Program (HEAP). If I am not included in the annual automatic HEAP payment process for certain FS recipients, my household intends to apply for a HEAP benefit within the next 12 months. If I decide not to apply for HEAP within the next 12 months, I will let my worker know.

TELEPHONE ALLOWANCE INFORMATION – I understand that Food Stamp Benefits recipients are eligible for a telephone allowance if they pay to use a home phone, cell phone, phone calling card or coin operated pay phone. If I do not have any cost to make phone calls, I will let my worker know.

CHANGES – I agree to inform the agency promptly of any change in my needs, income, property, living arrangement, pregnancy status or address to the best of my knowledge or belief in accordance with my reporting requirements.

REQUIREMENT TO REPORT/VERIFY HOUSEHOLD EXPENSES – I understand that my household must report child care and utility expenses in order to get a Food Stamp Benefits (FS) deduction for these expenses. I further understand that my household must report and verify rent/mortgage payments, property taxes, insurance, medical expenses and child support paid to a non-household member in order to get a FS deduction for these expenses. I understand that failure to report/verify the above expenses will be seen as a statement by my household that I/we do not want to receive a deduction for those unreported/unverified expenses. A deduction for these expenses may make me eligible for FS or may increase my FS. I understand that I may report/verify these expenses at any time in the future. This deduction would then be applied to the calculation of FS in future months in accordance with the rules for change reporting and processing changes.

PRIVACY ACT STATEMENT – COLLECTION AND USE OF SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN) – The collection of SSN's is authorized for each household member with respect to Food Stamp Benefits pursuant to the Food Stamp Act of 1977 (as amended, 7 US Code 2011-2036). The information we collect will be used to determine whether your household is eligible or continues to be eligible for benefits. We will verify this information through computer matching programs. This information will also be used to monitor compliance with program regulations and for program management. The information will be used to check identity, to verify earned and unearned income, and to determine if applicants or recipients can receive money or other help. The information may be disclosed to State and Federal agencies for official examination and to law enforcement officials for the purpose of apprehending persons fleeing to avoid the law.

If you or anyone applying/recertifying does not have an SSN, a SSN must be applied for at the Social Security Agency.

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS – I swear and/or affirm under penalty of perjury that the information I have provided about the citizenship and immigration status of myself and everyone living with me is true and correct. I understand that any information I provide to verify the immigration status of anyone applying for Food Stamp Benefits may be checked for authenticity with the United States Citizenship and Immigration Services.

For the Food Stamp Benefits Program, citizenship must be documented only if questionable.

NON-DISCRIMINATION NOTICE – In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture (USDA) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, political belief, or disability. To file a complaint of discrimination, write: *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410* or call (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

AUTHORIZED REPRESENTATIVE – You can authorize someone who knows your household circumstances to **apply** for Food Stamp Benefits (FS) for you. You can also authorize someone outside your household to get FS for you and to use them to buy food for you. If you would like to authorize someone, you must do so in writing. You may do so by printing the person's name, address and phone number on page four.

When an Authorized Representative is applying on behalf of a Food Stamp Benefits household that does not reside in an institution, both the Authorized Representative and the Food Stamp Benefits Head of Household, or other responsible adult member of the household must sign and date the signature sections at the bottom of this form.

LIFELINE – For applicants/recipients of Food Stamp Benefits: The Office of Temporary and Disability Assistance may or may not release your name and address to your telephone service provider. Your telephone service provider may or may not use this information to enroll you in their Lifeline Service for a discounted telephone rate.

If you *do not* want this information released, check this box .

You may contact your telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

Medicaid-**only** applicants/recipients must contact their telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

CERTIFICATION: I swear and/or affirm under the penalties of perjury that the information I have given or will give to the local Social Services district is correct.

Case Name: _____

Address: _____

City State Zip Code

Date of Birth (optional): _____ Social Security Number (optional): _____

Applicant's/Authorized Representative's Signature

IF APPLYING FOR SOMEONE ELSE AS AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE, PRINT YOUR NAME AND ADDRESS HERE. YOU MAY ALSO VOLUNTARILY PRINT YOUR TELEPHONE NUMBER.

Name: _____ Phone: _____

Address: _____

City State Zip Code

IF YOU HELPED COMPLETE THIS APPLICATION/RECERTIFICATION FOR SOMEONE ELSE, PRINT YOUR NAME AND ADDRESS HERE. YOU MAY ALSO VOLUNTARILY PRINT YOUR TELEPHONE NUMBER.

Name: _____ Phone: _____

Address: _____

City State Zip Code

IF YOU WOULD LIKE TO AUTHORIZE SOMEONE, PRINT THE PERSON'S NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER DIRECTLY BELOW.

Name: _____ Phone: _____

Address: _____

City State Zip Code

Fecha: _____

Fecha de la Solicitud: _____

Centro: _____

Formulario Firmado de Atestación de la Solicitud de Cupones para Alimentos (Suplemento al LDSS-4826-SP)

El presente es un suplemento de la Solicitud/Recertificación de Cupones para Alimentos (LDSS-4826-SP) aprobada por el Estado. Su firma en este formulario es un reconocimiento de que usted a recibido la información contenida este formulario. Dicha información fue tomada de la Solicitud/Recertificación para Beneficios de Cupones para Alimentos (**LDSS-4826-SP**) la cual le explica sobre sus derechos y responsabilidades como solicitante del Programa de Cupones para Alimentos. Su firma en este formulario servirá como una declaración jurada de que la información que usted ha proporcionado o proporcionará como parte de su solicitud es cierta y correcta, según su leal saber y entender. Esto nos permitirá llevar a cabo su entrevista de elegibilidad por teléfono.

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS (FS) – Toda información que brinde en relación con su solicitud para recibir los Cupones para Alimentos estará sujeta a la verificación por autoridades Federales, Estatales y Municipales. Si se encuentra información incorrecta, se le podrán negar los Cupones para Alimentos. Se le podría someter a enjuiciamiento penal por proporcionar, a sabiendas, información incorrecta.

Nunca más podrá obtener Beneficios de Cupones para Alimentos si se le declara culpable por segunda vez en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere receta médica) a cambio de Cupones para Alimentos; o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de cupones; o si se le declara culpable en un tribunal de justicia de traficar Cupones para Alimentos por un valor de \$500 o más. El tráfico incluye el uso ilegal, la transferencia, la adquisición, la manipulación o la posesión ilegal de Cupones para Alimentos, tarjetas de autorización o elementos de acceso; o si es declarado culpable de cometer la tercera violación Intencional a Programa (IPV)

No podrá recibir Cupones para Alimentos durante dos años si se le declara culpable, por primera vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas que solo se pueden comprar con receta médica) a cambio de Cupones para Alimentos.

Si ha cometido su:

- Primera IPV, no podrá recibir los cupones por el periodo de un año.
- Segunda IPV, no podrá recibir los cupones por un periodo de dos años.

También, un tribunal de justicia puede prohibirle recibir Beneficios de Cupones para Alimentos durante un periodo de 18 meses adicionales. Si hace una declaración falsa sobre su identidad o domicilio a fin de recibir beneficios múltiples de cupones, no podrá recibir cupones durante un periodo de diez años (o en forma **permanente** si ésta es su tercera IPV).

Se le puede declarar culpable de una IPV si presta testimonio falso o engañoso, o hace representaciones falsas, oculta o retiene datos; o comete un acto que constituya una violación de la ley Federal o Estatal con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar cupones, tarjetas de autorización o documentos rehusables pertenecientes al sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Se le impondrá una multa de hasta \$250,000, pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones.

Cualquier persona que esté huyendo de enjuiciamiento, custodia o detención por una felonía, o quien esté violando una condición de libertad condicional o vigilada, no es elegible para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos.

Si usted recibe más Beneficios de Cupones para Alimentos de lo debido (sobrepago), tiene que devolverlos. Si su caso está activo, recobramos la cantidad del sobrepago de futuros Beneficios de Cupones para Alimentos que usted reciba. Si su caso está cerrado, usted puede devolver el sobrepago mediante cualesquier Beneficios de Cupones para Alimentos sobrantes en su cuenta, o puede pagar en efectivo.

Si usted tiene un sobrepago que no se ha devuelto, se enviará a cobrar por un número de vías, incluyendo cobro automático por parte del gobierno Federal. Los beneficios Federales (como Seguro Social) y reembolsos tributarios a los cuales usted tenga derecho pueden embargarse para pagar a cuenta del sobrepago. Además, la deuda estará sujeta a cargos de trámite.

Cualesquier Beneficios de Cupones para Alimentos suprimidos serán destinados a su sobrepago. Si usted solicita Beneficios de Cupones para Alimentos de nuevo, y nosotros no hemos devuelto la cantidad que usted debe, sus Beneficios de Cupones para Alimentos se reducirán si usted comienza a recibirlos de nuevo. Usted recibirá aviso, en esa coyuntura, de la cantidad de beneficios reducidos que le correspondan.

CONSENTIMIENTO – Entiendo que al firmar esta solicitud doy mi consentimiento para que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) realice toda investigación necesaria a fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, o para cualquier otra investigación realizada en relación con mi solicitud de Cupones para Alimentos. Proporcionaré información adicional si se requiere. Además, cooperaré con el personal Estatal y Federal en la realización de toda revisión de control de calidad pertinente al programa de Cupones para Alimentos.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE SEGURO PARA DESEMPLEO (UI) – Autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (New York State Department of Labor – DOL) para la divulgación de cualquier información confidencial, archivada por el DOL para propósitos de seguro para desempleo, a la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance – OTDA). Esta información incluye declaraciones de beneficios de seguro para desempleo y pruebas de salario. Soy consciente de que la OTDA, junto con el Estado de Nueva York y empleados de las oficinas de distrito de servicios sociales de agencias locales, utilizará la información sobre seguro para desempleo para establecer o verificar la elegibilidad para, y la cantidad de beneficios de Asistencia Temporal, Asistencia Médica o Cupones para Alimentos solicitados en la presente y para investigaciones para determinar si he recibido beneficios a los cuales no tenía derecho.

INFORMACIÓN SOBRE SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS de Electricidad y/o Gas (SUA) – Entiendo que los beneficiarios de Cupones para Alimentos reúnen los requisitos en base a una categoría de ingresos para el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP para ciertos beneficiarios de Cupones para Alimentos, tengo intenciones de solicitar el beneficio dentro de los próximos 12 meses. Si decido no solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses, le informaré de dicha situación a la persona a cargo de mi caso.

INFORMACIÓN SOBRE ASIGNACIÓN PARA SERVICIOS TELEFÓNICOS – Entiendo que los beneficiarios de Cupones para Alimentos reúnen los requisitos para una asignación telefónica si pagan por el uso de un teléfono en el hogar, teléfono celular, tarjeta telefónica o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

CAMBIOS – Acepto informar **con prontitud** a la agencia de todo cambio que se produzca pertinente a mis necesidades, ingresos, propiedades, condiciones de vivienda o domicilio, según mi leal saber y entender, y según lo establecen las normas vigentes sobre informe de cambios.

RESPONSABILIDAD DE REPORTAR/VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR – Entiendo que mi hogar debe reportar gastos por cuidado de niños y servicios públicos para poder obtener deducciones por estos gastos con relación al programa de Cupones para Alimentos. Además, entiendo que mi hogar deberá reportar y comprobar los pagos por alquiler/hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y sustento de menores pagados a toda persona que no sea miembro del hogar, con el fin de obtener una deducción por estos gastos en los cupones. Entiendo que el no reportar/no verificar los gastos anteriores se interpretará como una declaración por parte de mi hogar de que yo/nosotros no queremos obtener la deducción por tales gastos no reportados/no verificados. La deducción por estos gastos podría habilitarme para recibir cupones o aumentar mis beneficios de cupones. Entiendo que puedo reportar/verificar estos gastos cuando lo desee en el futuro. Esta deducción se aplicará luego al cálculo de beneficios de cupones en meses subsiguientes, según las reglas sobre informe y proceso de cambios.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – RECOPIACIÓN Y USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) – La recopilación de los números de seguro social de cada miembro del hogar, con respecto a los Cupones para Alimentos, está autorizada conforme la ley que rige al Programa Cupones para Alimentos de 1977 (enmendado, 7 US Code 2011-2036). Toda información recopilada servirá para determinar si su hogar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para recibir los beneficios. Verificaremos esta información por emparejamiento mediante programas informáticos. Esta información se utilizará para verificar el cumplimiento de las reglas del programa y para la administración del mismo. La información también se usará para verificar identidad, ingresos devengados y no devengados, y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Esta información podrá divulgarse a agencias Estatales y Federales para una revisión oficial y a autoridades del orden público con el propósito de arrestar a toda persona prófuga de la justicia.

Si usted o cualquier solicitante/recertificante no tiene un número de seguro social, debe solicitarlo en la Agencia de Seguro Social (Social Security Agency).

CIUDADANÍA/CONDICIÓN MIGRATORIA – Declaro bajo juramento y/o afirmo so pena de perjurio que la información que presenté sobre mi situación de ciudadanía estadounidense o condición migratoria, y la de las personas que viven en mi hogar es verdadera y correcta. Entiendo que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (*United States Citizenship and Immigration Services*) puede examinar la veracidad de la información que proporcione con relación al estado migratorio del/de los solicitante(s) de Cupones para Alimentos.

Para el Programa de Beneficios de Cupones para Alimentos, la ciudadanía se debe documentarse sólo si está en duda.

INFORMACIÓN SOBRE POLÍTICA ANTIDISCRIMINATORIA – Según la política de las leyes Federales y del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o incapacidad. Si desea presentar una queja por discriminación, envíe su carta al: *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410* o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que brinda igualdad de oportunidades.

REPRESENTANTE AUTORIZADO – Usted puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar para que **solicite** los cupones por usted. Además, también puede autorizar a otra persona que no sea miembro de su hogar, para que obtenga los cupones en su representación y compre los alimentos por usted. Si desea autorizar a otra persona, escriba en letra de molde en la página cuatro, el nombre de dicha persona, el domicilio y el número de teléfono.

Cuando un representante autorizado solicita a favor de una familia que no reside en una institución, tanto el representante autorizado como el jefe de familia deben firmar y fechar la sección de firmas al final de este formulario.

LIFELINE: Solicitantes/beneficiarios de Cupones para Alimentos: Es posible que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) revele su nombre y domicilio a su compañía telefónica. Es posible que la compañía telefónica use esta información para inscribirlo en el servicio de descuento telefónico conocido como LIFELINE.

Si **no desea que se revele este tipo de información, marque este casillero** .

Usted puede comunicarse directamente con su proveedor de servicio telefónico para la inscripción en el Servicio LIFELINE de tarifa descontada.

Los solicitantes/participantes de **sólo** Medicaid tienen que comunicarse con su proveedor de servicio telefónico directamente para la inscripción en el Servicio LIFELINE de tarifa descontada.

CERTIFICACIÓN: Juro y/o declaro so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito local de Servicios Sociales es verdadera.

Nombre del Caso: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento (opcional): _____ Número de Seguro Social (opcional): _____

Firma del Solicitante/Representante Autorizado

SI PRESENTA ESTA SOLICITUD COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO DE OTRA PERSONA, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE AQUÍ SU NOMBRE Y SU DOMICILIO. PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

SI USTED AYUDÓ A OTRA PERSONA A LLENAR ESTA SOLICITUD / RECERTIFICACIÓN, ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE SUYO Y DOMICILIO EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE. PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

SI USTED DESEA AUTORIZAR A ALGUIEN, ESCRIBA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA EN LETRA DE MOLDE MÁS ABAJO.

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal