



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner




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

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #09-95-OPE

(This Policy Bulletin Replaces PB #05-103-OPE, PB #04-114-OPE, PB #03-101-OPE, and PB #03-38-OPE)

REVISIONS TO LDSS-4826, LDSS-4826A, W-120, AND W-129B

Date: August 3, 2009	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center and Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) Center staff that the following forms have been revised:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Food Stamp Benefits Application/Recertification (LDSS-4826) • How To Complete The Food Stamp Benefits Application/Recertification And Applicant/Recipient Rights And Responsibilities For The Food Stamp Program (LDSS-4826A) • Food Stamp Benefits Application Signature Form (W-120) • Food Stamp Benefits Application Attestation Signature Form (W-129B) <p>The revisions are as follows:</p> <p>LDSS-4826:</p> <p>Cover Page</p> <ul style="list-style-type: none"> • The question “Applying for Food Stamp Benefits only?” was replaced by the statement “Use this form if Applying For Food Stamp Benefits Only.” • In the third bullet, the word “process” was added to the statement “However, the application process, including the interview, must be completed and we must interview you for us to determine your eligibility.”

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*

- In the fourth bullet, the sentence “For example, immigrant parents can apply for Food Stamp Benefits for their children even if they are not themselves eligible for benefits” was changed to “For example, ineligible alien parents can apply for Food Stamp Benefits for their children and receive benefits for their eligible children.”
- A fifth bullet was added which states “You can still apply and be eligible for Food Stamp Benefits even if you have reached your Temporary Assistance time limits”.
- Just below the last bullet and the question “Need Food Stamp Benefits Right Away?” the bolded and underlined sentence “You May Be Eligible For Expedited Food Stamp Benefits service” was changed to “You May Be Eligible For Expedited Processing of your Food Stamp Benefits Application.”
- In the first sentence of the paragraph addressing Expedited Processing, the word “of” was changed to “after” in the statement “you may be qualified to receive Food Stamp Benefits within 5 calendar days after the date that you apply for benefits.”
- The last sentence in the paragraph addressing Expedited Processing was changed to “A process is in place to issue Food Stamp Benefits to all eligible households who meet the standards for expedited service.”
- The following two paragraphs were added under the new heading “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.”
- The last sentence concerning requests for telephone interviews was changed to “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.”

Page 1

- The question “Are you or is anyone living with you fleeing from a law enforcement agency on felony charges, or in violation of probation or parole according to a court?” was replaced by the following two questions found below the application form:
 - “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?”
 - “Are you or is anyone living with you in violation of probation or parole according to a court?”

Page 2

- Under the heading “Resources” the following sentences were inserted. “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.”
- In the “Resources” section, the question “How much money does everyone applying have?” was changed to “How much money does everyone in your household have?”.

Page 3

- The following two paragraphs were added to the bottom of the page:
 - “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.”

Page 4

- The following paragraphs were added to the top of the page:
 - “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.”

- The fourth paragraph labeled “Consent For Release Of Confidential Unemployment Insurance (UI) Information” was added with the following 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.”

- The last sentence in the section labeled “Privacy Act Statement” was changed to “If you or anyone applying/recertifying does not have an SSN, a SSN must be applied for at the Social Security Agency.”

Page 5

- The paragraph labeled “Citizenship/Immigration Status” was moved from page 4.
- The sentence “For the Food Stamp Benefits Program, citizenship must be documented only if questionable” was added beneath the section “Citizenship/Immigration Status”.
- The section labeled “Lifeline” was moved above the section labeled “Authorized Representative.”
- The last sentence in the “Authorized Representative” section was changed to:

“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.”

- In the “Certification” section, the first sentence below the applicant and authorized representative signatures that stated “If applying for someone else as an authorized representative, print your name and address here. You may also voluntarily print your telephone number” was removed.

Page 6

- Check boxes for “In-Person Interview” and “Telephone Interview” were added to the bottom of the field that addresses Application/Recertification withdrawals.

LDSS-4826A:

The previous five-page information booklet titled “How to Complete the Food Stamp Benefits Application/Recertification” was expanded to an eleven-page information booklet to include the “Applicant/Recipient Rights and Responsibilities for the Food Stamp Program.” The added pages on the Applicant/Recipient rights and responsibilities begin on page five of form **LDSS-4826A**. In addition, the following changes were made to the first five pages of the form.

Page 1

- The information and changes on page 1 are the same as the information and changes on the cover sheet of form **LDSS-4826** that are listed in the beginning of this policy bulletin.

Page 2

- In Section 1, the words “if you have one” were added to “Other Phone: print another phone number where you can be reached.”
- In Section 2, the sentence “You must complete the application for us to determine your eligibility” was added.
- In Section 3, the sentence “certain non-applicants not eating with the household may choose not to list their Social Security Numbers” was removed.

Page 3

- Instructions for completing Section 4 of the application were moved from the bottom of page 2 to the top of page 3. The words “national or persons with satisfactory immigration status” were removed and replaced with “Fill in names of individuals who are not U.S. citizens”.
- In Section 6, the first sentence was changed to “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.”

Page 4

- In Section 8, the following statement was removed “Medicaid-only applicants/recipients must contact their telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service”.
- The following paragraph was moved from the Food Stamp Benefits Authorized Representative section (previously Section 10, now Section 9) to the Signatures section (previously Section 9, now Section 10) and was changed to:

“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 Head of Household or another responsible adult member of the household must sign and date the signature sections on Page 5 of the Application/Recertification.”
- The third sentence in the note beneath Section 12 was changed to: “Applying or declining to register to vote will not affect your eligibility or the amount of assistance that you will be given by this agency.”

W-120:

- In the first paragraph, “Non-Public Assistance (NPA) Food Stamp Offices” was changed to “Non Cash Assistance Food Stamp (NCA FS) Centers.”
- The second sentence in the third bullet under the bolded heading “When You Are Applying for Food Stamp Benefits” was changed to “For example, ineligible alien parents can apply for Food Stamp Benefits for their children and receive benefits for their eligible children.”
- A fourth bullet stating “You can still apply and be eligible for Food Stamp Benefits even if you have reached your Temporary Assistance time limits” was added.
- The heading above the second set of bullets was changed and now reads, “Need Food Stamp Benefits Right Away? You May Be Eligible for Expedited Processing of your Food Stamp Benefits Application.”
- In the first bullet of the second set of bullets, the word “of” was changed to “after” so the phrase now reads “you may be qualified to receive Food Stamp Benefits within five calendar days after the date that you apply for benefits.”
- The last bullet was changed to “A process is in place to issue Food Stamp Benefits to all eligible households who meet the standards for expedited service.”

W-129B:

Form **W-129B** has been revised to reflect the changes on pages 3 to 5 of form **LDSS-4826** that have already been detailed in this bulletin.

Center Directors and Food Stamp Center Managers must ensure that previous versions of forms **LDSS-4826**, **LDSS-4826A**, **W-120**, and **W-129B** and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Forms **LDSS-4826** and **LDSS-4826A** are available in seven languages: English, Spanish, Arabic, Chinese, Haitian-Creole, Korean, and Russian.

Samples of the revised forms are attached.

Effective Immediately

☞ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachments:

LDSS-4826	Food Stamp Benefits Application/Recertification (Rev. 5/08)
LDSS-4826 SP	Food Stamp Benefits Application/Recertification (Spanish) (Rev. 5/08)
LDSS-4826A	How To Complete The Food Stamp Benefits Application/Recertification And Applicant/Recipient Rights And Responsibilities For The Food Stamp Program (Rev. 5/08)
LDSS-4826A SP	How To Complete The Food Stamp Benefits Application/Recertification And Applicant/Recipient Rights And Responsibilities For The Food Stamp Program (Spanish) (Rev. 5/08)
W-120	Food Stamp Benefits Application Signature Form (Rev. 8/3/09)
W-120 (S)	Food Stamp Benefits Application Signature Form (Spanish) (Rev. 8/3/09)
W-129B	Food Stamp Benefits Application Attestation Signature Form (Rev. 8/3/09)
W-129B (S)	Food Stamp Benefits Application Attestation Signature Form (Spanish) (Rev. 8/3/09)



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			
<u>1</u>			<u>SAMUEL</u>				<u>M</u>	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>self</u>	<input checked="" type="checkbox"/>												
<u>2</u>																							
<u>3</u>																							
<u>4</u>																							
<u>5</u>																							
<u>6</u>																							
<u>7</u>																							
<u>8</u>																							

*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. _____

S A M P L E

5

6

7

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, pay phone, 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.

SAMPLE

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

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:

SAMUEL

12

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.

(Signature) _____
(Date)

(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*

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.

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.

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

1	Are you a U. S. citizen? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2	Will you be 18 years old on or before election day? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	For Board use only!
If you answered NO, do not complete this form.		If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year.		
3	Last Name	First Name	Middle Initial	Suffix
4	Address where you live (do not give P.O. address)		Apt. No.	City/Town/Village
			Zip Code	County
5	Address where you get your mail (if different from above)		P.O. Box, star route, etc.	Post Office
				Zip Code
6	Date of Birth	7	Sex (circle) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	8
		Home Tel. Number (optional)		9
10	The last year you voted	Your Address was (give house number, street, and city)		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
	In county/state	Under the Name (if different from your name now)		
11	Choose a party -- Check one box only <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		Please note: In order to vote in a primary election , you must be enrolled in one of these parties. *See reverse	
12	AFFIDAVIT: I swear or affirm that • 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.		_____ (Signature or Mark in Ink) _____ (Date)	

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.

Quando 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			<u>S</u>	<u>A</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Yo mismo(a)</u>	<input checked="" type="checkbox"/>								
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? _____ **5**

¿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 _____ **6**

¿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 \$ _____ **7**

¿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 (spendown)? 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 pagar 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) _____

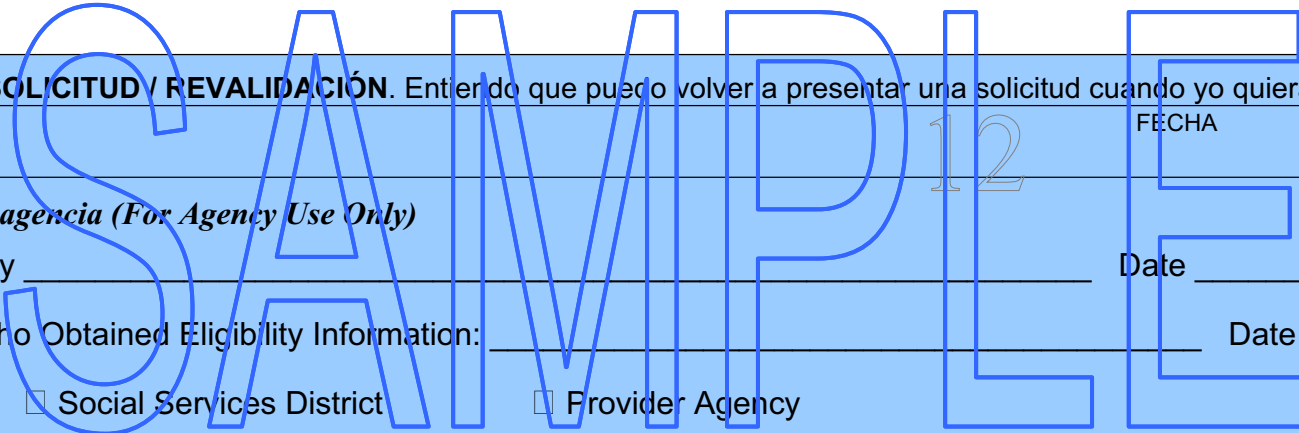
Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW TELEPHONE INTERVIEW

Comments:



12



HOW TO COMPLETE THE FOOD STAMP BENEFITS APPLICATION/RECERTIFICATION AND APPLICANT/RECIPIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES FOR THE FOOD STAMP PROGRAM



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 farm worker 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.**

INSTRUCTIONS ON HOW TO COMPLETE THE FOOD STAMP BENEFITS APPLICATION/RECERTIFICATION

Please **PRINT** clearly in blue or black ink.

Do **NOT** print in the shaded areas.

Be sure to complete each section.

If you are applying as someone's representative, please print information about that person, not yourself.

SECTION 1: APPLICANT INFORMATION

NAME: PRINT your legal name including your first name, middle initial and last name.

TELEPHONE NUMBER: PRINT your home phone number.

OTHER PHONE: PRINT another phone number where you can be reached, if you have one.

RESIDENCE ADDRESS: PRINT the street, avenue, road, etc., where you now live. PRINT the city you live in. PRINT your zip code.

MAILING ADDRESS: PRINT your mailing address if it is different from your residence.

OTHER NAME: PRINT any maiden names, names from a previous marriage, or other names that any person listed has or now uses.

Check (✓) whether you are applying or recertifying for Food Stamp Benefits.

Check (✓) if you wish to receive notices in Spanish **and** English or just English.

SECTION 2: Sign your name and date, **ONLY** if you want to submit your application without completing the next page at this time. You must complete the application for us to determine your eligibility.

SECTION 3: HOUSEHOLD MEMBERS INFORMATION:

LIST THE NAMES OF EVERYONE WHO LIVES WITH YOU, EVEN IF THEY ARE NOT APPLYING WITH YOU.

PRINT your full name first. Then **PRINT** the names of the other people who live with you:

PRINT the date of birth, Social Security Number (if the individual does not have a SSN, enter "none"), marital status and sex for each person applying.

Check (✓) Yes or No to tell us who is applying.

For **each** person in the household, PRINT how they are related to you (for example: wife, son, friend, etc.).

Check (✓) Yes if that person buys and/or prepares food with you.

Check (✓) Yes or No to indicate if each person applying is Hispanic or Latino.

Enter Y (Yes) or N (No) for each race *.

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**)

*These answers are optional but, if not completed, the interviewer may have to record them by observation. This information will not affect your eligibility.

SECTION 4: Answer all questions in section 4. Fill in names of individuals who are not U.S. citizens.

SECTION 5: INCOME: List all your income and the income of everyone living with you. PRINT the name of the person receiving the income, the source of income and how often it is received. Income can include: Regular job (wages), income before strike, on-the-job-training, military reserves, national guard, work study, alimony, child support, educational assistance (grants, scholarships, etc.), friends or relatives (other than loans), public assistance, pensions or retirement, Supplemental Security Income (SSI), Social Security benefits, veterans benefits, unemployment benefits, worker's compensation, babysitting, taxi driving, cleaning homes or other buildings, farming/ranching, income from a roomer, income from a boarder or arts and crafts.

NOTE: Foster Care Payments and Food Stamp Benefits – You may choose to include the foster care child or adult in the Food Stamp Benefits household. If you do, any associated foster care payments will be counted as income. All other income or resources of the foster care child also will be counted. If you have any questions about this, make sure to ask your worker.

Be sure to answer all other questions in section 5.

SECTION 6: 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.

Answer all the questions in Section 6 for yourself and everyone who is applying for Food Stamp Benefits. List the dollar (\$) amount or value and the name of the person who has the resource. **Be sure to list any joint holdings.** Resources may include any of the following: cash on hand, cash held by others, checking or savings account, savings bonds, individual retirement account, pension plan, individual development account, stocks/bonds, mutual funds, trust fund, money market certificates, buildings, land, rental property, vacation or recreational property or house other than home.

SECTION 7: LIVING ARRANGEMENTS AND EXPENSES:

PRINT the amount you pay for rent, mortgage, room and board or other housing. List the dollar (\$) amount that you pay for your property taxes and homeowner's insurance (including fire insurance).

If you pay for your heat separately, check (✓) what type of heat you have.

Also, indicate if:

- you pay for other utilities separately from your rent/mortgage, have telephone costs or air conditioning costs and if you do, who pays the separate expense?
- anyone pays court-ordered child support and if so, who, how much and the frequency of payments?
- anyone applying has any medical bills such as in-home nursing service, dentures, hearing aid, eyeglasses, seeing eye dog or service animal, health insurance and medical payments, hospital or nursing care, medical or dental services, prescription drugs or medical transportation?
- anyone in your household is on Medicaid, with a spenddown and if so, who and how much?
- anyone in your household is enrolled in school or in a training program and if so, who and where?

Be sure to answer all other questions in section 7.

SECTION 8: LEGAL STATEMENTS: Read this section carefully or have someone read it to you.

For **Lifeline**, Food Stamp applicants/recipients must check (✓) the box if you **do not** authorize the NYS Office of Temporary and Disability Assistance to possibly disclose 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. Lifeline is the lowest rate available for basic telephone service from telephone service providers.

Note: NY State Law provides for fine or jail, or both, for a person found guilty of obtaining Food Stamp Benefits by hiding the facts or not telling the truth.

SECTION 9: FOOD STAMP BENEFITS AUTHORIZED REPRESENTATIVE: If you want someone from outside your household to get the Food Stamp Benefits or to buy the food for you, PRINT their name, address and phone number.

SECTION 10: SIGNATURES: Sign your name. If you are an Authorized Representative, both you and the head of household must sign and date the signature sections on page 5 of the Application/Recertification.

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 Head of Household or another responsible adult member of the household must sign and date the signature sections on Page 5 of the Application/Recertification.

SECTION 11: ADDITIONAL INFORMATION: Use this section to let us know additional information that you think we might need to know.

SECTION 12: CONSENT TO WITHDRAW: If you decide you no longer wish to apply for Food Stamp Benefits, sign your name and enter date. You may reapply at any time.

Note: The last page of this application is an application to register to vote. If you would like help filling out the voter registration application form, ask your worker. Applying or declining to register to vote will not affect your eligibility or the amount of assistance that you will be given by this agency.

Information from your application and interview will be entered and stored in the Welfare Management System (WMS), a statewide computer system. This system is used to improve the management of Social Services Programs and to deter fraud.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW

APPLICANT/RECIPIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES FOR THE FOOD STAMP PROGRAM

Additional information regarding your rights and responsibilities is contained in the Client Information Books (LDSS-4148A; LDSS-4148B and LDSS-4148C). These books can be obtained at your local district.

AS AN APPLICANT/RECIPIENT OF FOOD STAMP BENEFITS YOU HAVE *RIGHTS*:

TO HAVE AN INTERVIEW:

- The interview must be scheduled as promptly as possible in order to determine eligibility and to issue benefits within 30 days of application filing.
- You may bring someone to your interview to interpret for you. If you need an interpreter, the agency will arrange for one. You cannot be denied access to services because you are not fluent in English or hearing or speech impaired.
Local districts may utilize the TTY/TTD relay systems to gain access to services for Hearing or speech impaired applicants/recipients. If you have any special needs you can request special accommodations from your local district.
- If you have a disability, you have the same right to access and be interviewed for the Food Stamp Program as someone who does not have a disability.
- You must be told, within 30 days of the date you turned in (filed) your Application for Food Stamp Benefits, if your Application is approved or denied. If you are eligible for expedited processing you must be told within 5 days after the date you turned in (filed) your Application if you are qualified for Food Stamp Benefits.
- You may request that the in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather, or work or training hours that prevent you from coming in during the social services district's office hours. **The in-office interview will be waived, at your request, if all the adult members of your household are elderly or disabled with no earned income.** The agency may waive the in-office interview in favor of a telephone interview or scheduled home visit. In-person interviews may be scheduled in advance at any mutually acceptable location including a household's residence.
- Get a written notice telling you if your application for Food Stamp Benefits is approved or denied:
 - If your Application is approved, this notice will tell you the amount of Food Stamp Benefits you will get;
 - If your Application is denied, this notice will tell you why and what you should do if you disagree or do not understand this decision.

TO A CONFERENCE AND/OR FAIR HEARING

If you think any decision about your case is wrong, or you do not understand any decision, talk to your worker right away. If you still disagree or do not understand, you have the right to a **Conference** and/or a **Fair Hearing**.

CONFERENCE - A Conference is when you meet with someone other than the person who made the decision about your case. At the Conference this person will review that decision. Sometimes a Conference is the fastest way to solve any problems you may have. We encourage you to ask for one **even if you have requested a Fair Hearing**. However, Conferences are voluntary, and you can request a Fair Hearing even if you do not request a Conference. To ask for a Conference, call or write your local department of social services.

A CONFERENCE IS NOT A FAIR HEARING. If you are told that your case is being closed, or that your food stamp benefits or other help you are getting will change, and the problem is not settled through a Conference, you must ask for a **Fair Hearing** to keep your food stamp benefits or other help you are getting from being stopped or changed. Your time to request a fair hearing and your right to "aid to continue" will not be extended by requesting or having a conference.

NOTE: A request for a Conference is not a request for a Fair Hearing. If you want a Fair Hearing, you must request one.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW (cont'd)

FAIR HEARING - A Fair Hearing is a chance for you to tell an Administrative Law Judge from the New York State Office of Temporary and Disability Assistance why you think the decision about your case was wrong. The State will then issue a written decision which will state whether the local department of social services decision was right or wrong. The written decision may order the local department of social services to correct your case.

At a Fair Hearing you will have a chance to explain why you think the decision is wrong.

TIME LIMITS TO ASK FOR A FAIR HEARING - If you want to ask for a Fair Hearing for Food Stamp Benefits, call **right away** because **there are time limits**. If you wait too long, you may not be able to get a Fair Hearing.

NOTE: If your situation is very serious, the New York State Office of Temporary and Disability Assistance will set up a Fair Hearing for you as soon as possible. When you call or write for a Fair Hearing, be sure to explain that your situation is very serious.

If you **do get a notice about your case** and you want to ask for a Fair Hearing, the notice will tell you how much time you have to ask for the Fair Hearing. **Be sure to read all of the notice carefully.**

If your notice tells you that your Food Stamp Benefits **have been denied, will be stopped or will be reduced, you may ask for a Fair Hearing within 90 days from the date of the notice. You may ask for a Fair Hearing if you think you are not getting enough Food Stamp Benefits at anytime within the certification period.**

If you **do not get a notice about your case**, and your benefits are denied, stopped or reduced you can also ask for a Fair Hearing.

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING

If you **do get a notice about your case** and you want to ask for a Fair Hearing, the notice will tell you how. **Be sure to read all of the notice carefully.**

If you get a notice telling you that your benefits will be stopped or reduced, and you ask for a Fair Hearing before the **effective date** on your notice, your money or other help will, in most instances, stay the same ("**aid continuing**") until the Fair Hearing decision is made. If the notice was not sent before the effective date, and you ask for a Fair Hearing within **10** days of the **postmark date** of the notice, you also have the right to have your money or other help stay the same ("**aid continuing**") until the Fair Hearing decision is made.

However, if you do get "**aid continuing**" and you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits that you received as "aid continuing" while waiting for the Fair Hearing decision.

If you **do not** want the money or other help you have been getting to stay the same until the Fair Hearing decision is made, you must tell this to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance when you call or write for a Fair Hearing.

If you **do not get a notice about your case**, and your benefits are stopped or reduced, you can still ask for a Fair Hearing. At the same time that you ask for a Fair Hearing, you can ask that your money or other help be restored ("**aid continuing**").

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW (cont'd)**WHAT YOU SHOULD DO FOR A FAIR HEARING**

The New York State Office of Temporary and Disability Assistance will send you a notice, which tells you when and where the Fair Hearing will be held.

To help you get ready for the Fair Hearing, you have the right to look at your case record and get free copies of the forms and papers which will be given to the Administrative Law Judge at the Fair Hearing. You can also get free copies of any other papers in your case record which you think you may need for the Fair Hearing. Usually, you can get these papers before the hearing or at the hearing at the latest. If you ask for any papers, and the local department of social services does not give them to you before or at the hearing, you should tell the Administrative Law Judge about it.

You can bring a lawyer, a relative or a friend to the Fair Hearing to help you explain why you think a decision about your case is wrong. If you cannot go to the Fair Hearing, you can send someone else in your place. If you are sending someone who is not a lawyer to the Fair Hearing, you should give this person a letter to give to the Administrative Law Judge. This letter should tell the Judge that this person is taking your place.

To help you explain at the Fair Hearing why you think the decision is wrong, you should also bring any witnesses who can help you and any information you have such as:

- Pay stubs
- Bills
- Receipts
- Leases
- Doctor's Statements

Someone from your local department of social services will also be at the Fair Hearing to explain the decision about your case. You or your representative will be able to question this person and present your side of the case. You or your representative will also be able to question any witnesses who you bring to help you.

If you think you need a lawyer to help you with your Fair Hearing, you may be able to get a lawyer at no cost to you by calling your local Legal Aid or Legal Services Office. For the names of other lawyers, call your local Bar Association.

NOTE: If you ask, you will be able to get back the money you had to pay for public transportation, child care and other necessary expenses to go to the fair hearing. If no public transportation is available, you may be able to get back the money you had to pay for another type of transportation. If you are unable to use public transportation because of a medical problem, you may be able to get back the money you had to pay for another type of transportation. However, you may be asked to provide medical verification.

If you live anywhere in New York State, you may request a Fair Hearing by telephone, fax, online, or by writing to the address below.

Telephone: Statewide toll free request number is 800-342-3334. Please have the notice, if any, with you when you call.

Fax: your Fair Hearing Request to: 518-473-6735

Online: Complete online request form at <http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp>

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW (cont'd)

In writing: For notices, fill in the supplied space and send a copy of the notice, or write to:

**Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930**

Please keep a copy of any notice for yourself

If you live in New York City you may also make your request in person by walking into the office listed below.

Walk-In (New York City Only) Bring a copy of the notice, or ask for a hearing on a matter not based on a notice, to:

**Office of Administrative Hearings
Office of Temporary & Disability Assistance
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
or
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York**

NOTE: For New York City emergency fair hearings only – Call 300-205-0110. Do not use this telephone number for anything except emergencies. Requests that do not involve emergencies will not be taken at this number.

TO LOOK AT YOUR CASE AND COMPUTER RECORDS:

Once you apply for food stamp benefits or other help, case records and computer records are kept about your case. Usually, you have the right to look at those records. However, you may **not** be able to look at all of the records. Your worker can explain the rules to you.

When you write for copies of your computer records, the Personal Privacy Protection Law requires that New York State agencies, send you your records; **or** tell you why they will not give you your records; **or** tell you they have your request and they will determine if you are allowed to get your records within five working days of when they get your request letter.

REGARDING EMPLOYMENT:

If you do not agree that you are able to work, you should notify the local department of social services that you believe you should be exempt from participation in work activities. You will be notified by the local department of social services determination regarding your claim. If the local department of social services disagrees with you, you may request a fair hearing to tell an Administrative Law Judge why you think you are not able to work.

If you are required to participate in food stamp work activities, you may be able to get help paying for certain work-related expenses. You also may be able to receive assistance with child care costs.

IF YOU ARE SUSPECTED OF FRAUD

If you find out that you are being investigated because your worker thinks you did not tell the truth about your case, you should talk to a lawyer. If you are charged with welfare fraud in criminal court, the court will, if you are eligible, assign a lawyer to represent you at no cost.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW (cont'd)

AS AN APPLICANT/RECIPIENT OF FOOD STAMP BENEFITS YOU HAVE SEVERAL RESPONSIBILITIES:**EMPLOYMENT RESPONSIBILITIES FOR FOOD STAMP BENEFIT RECIPIENTS:**

Unless you are exempt from work requirements as an applicant for or recipient of Food Stamp Benefits you must comply with certain rules, including participation in work activities and accepting a job. Your worker will explain these rules.

If you do not comply with the work requirements, you may lose your Food Stamp Benefits.

- There are several exemptions from participation in food stamp work requirements. Ask your worker if you qualify for one of the exemptions. You may be required to provide documentation to support your claim.

If you are not exempt from participation in work activities and do not comply with the work requirements, you may lose your Food Stamp Benefits. The length of time you will lose your benefits depends on the number of times you have failed to comply.

ADDITIONAL RESPONSIBILITIES AND REQUIREMENTS FOR FOOD STAMP BENEFITS RECIPIENTS WHO ARE ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWDS)

If you are an able-bodied work registrant, you may also be required to meet additional Food Stamp Benefits eligibility requirements. Your worker will explain these requirements and the exemptions from the requirements.

If you are a work registrant and not exempt, you will only be eligible to receive Food Stamp Benefits for three months in every 36 months unless you are meeting the additional requirements.

If you want to continue to receive Food Stamp Benefits beyond the three month limit, you should ask your worker for a qualifying work or training opportunity.

If you lose your eligibility for Food Stamp Benefits because you did not meet the additional requirement for three or more months during which you received Food Stamp Benefits, you may be able to re-establish your eligibility in several different ways. Your worker will explain how to do this.

RESPONSIBILITY TO RESCHEDULE A MISSED INTERVIEW:

As a Applicant/Recipient of Food Stamp Benefits, you have the responsibility of rescheduling a missed interview before the 30th day after the date you applied to avoid losing Food Stamp Benefits.

RESPONSIBILITY TO PROVIDE PROOF

When you are applying for or getting help, you will be asked to provide proof of certain things. Your worker will tell you which of these things you **must** prove. Not all of these things are required for every program. You may have to prove some things for one program and not for another.

If you bring proof with you when you first come in to apply for assistance, you may be able to get help sooner.

If you drop documentation off at your local department of social services, you should ask for a receipt to prove what documentation you left. The receipt should have your name, the specific documentation that you dropped off, the time, date, district name and the name of the social services worker who provided the receipt.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW (cont'd)

If you cannot get the proof you need, ask your worker to help you. If the local department of social services already has proof of the things that do not change, such as your social security number, you do not need to prove them again.

If your worker tells you that you need additional papers and information to find out if you can get help, you must provide that proof. If you cannot get these papers and information, your worker must try to help you.

NON-CITIZEN ELIGIBILITY INFORMATION

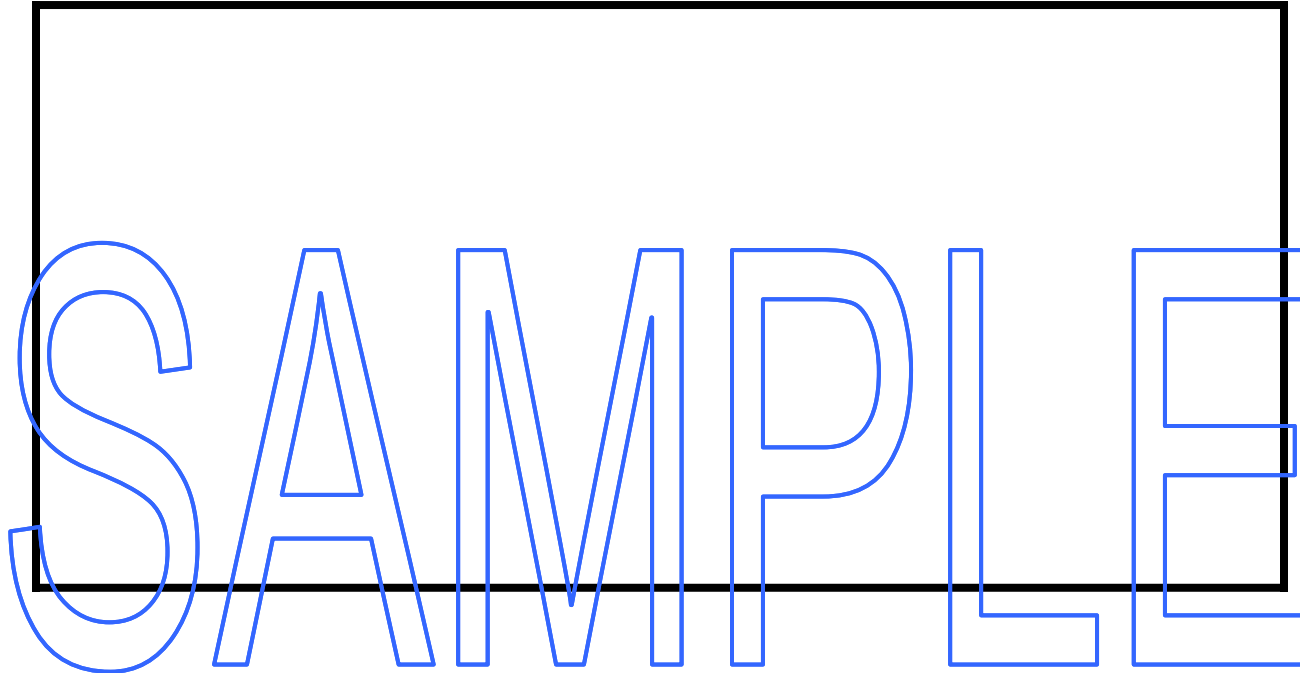
Many non-citizens are qualified aliens who are eligible for Food Stamp Benefits. Even if you are not, your children may be eligible. Food Stamp Benefits should not affect your immigration status with respect to any USCIS decision regarding your immigration matter.

You may be eligible for Food Stamp Benefits if you are a United States (U.S.) citizen, a non-citizen U.S. national (people born in American Samoa or Swain Island), or a qualified alien. A qualified alien for food stamp eligibility is:

1. An American Indian born in Canada with at least 50 per centum of blood of the American Indian race under section 289 of the Immigration and Nationality Act (INA), or
2. A member of an Indian tribe that is a federally recognized Indian tribe (25 U.S.C. (450b(e))), or
3. An alien admitted as a Hmong or Highland Laotian, including spouse and dependent child, or
4. A refugee admitted under section 207 of the INA, or
5. An alien granted asylum under section 208 of the INA, or
6. An alien whose deportation has been withheld under section 234(h) of the INA as in effect prior to April 1, 1997, or removal withheld under section 241(b)(3) of the INA, or
7. An alien admitted as a Cuban or Haitian entrant, or
8. An alien who is a victim of trafficking under section 103(8) of the Trafficking Victims Protection Act, or
9. An alien who is on active duty in the U.S. armed forces or, an honorably discharged veteran, their spouse and dependent children, and the un-remarried surviving spouse and unmarried dependent children of an active duty member or veteran who has died, or
10. An alien admitted as an Amerasian, or
11. An alien lawfully admitted for permanent residence under the INA and who has 5 years in status, or
12. An alien paroled under section 212(d)(5) of the INA for at least 1 year and who has 5 years in status, or
13. An alien or parent or child of an alien who has been battered or subjected to extreme cruelty in the U.S. by a family member and entered the U.S. before 8/22/96 or has 5 years in status, or
14. Aliens also may be eligible for Foods Stamp Benefits if:
 - They are lawfully admitted for permanent residence and have earned, or can be credited with 40 quarters of work;
 - They are in a qualified status listed above and receive certain disability or blindness benefits;
 - They are in a qualified status listed above and are under 18 years old;
 - They are lawfully in the U.S. on August 22, 1996 and are now blind or disabled, old, or was born on or before August 22, 1931.

RESPONSIBILITY TO ENROLL IN THE AUTOMATED FINGER IMAGING SYSTEM (AFIS) – IS THIS TRUE FOR FOOD STAMPS?

If you are applying for or receiving Food Stamps Benefits, you may be required to be entered into the Automated Finger Imaging System (AFIS) if you are an adult (18 years of age or older) or if you are the head of household.



PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS
CÓMO LLENAR LA SOLICITUD O REVALIDAR LOS CUPONES
DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO

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

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

Esta solicitud sólo se puede usar para solicitar cupones para alimentos.

Quando usted solicita 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, el proceso de solicitud, incluyendo la entrevista, debe concluirse y debemos entrevistarle para que podamos determinar si usted reúne los requisitos.
- Usted puede solicitar y obtener cupones para alimentos para aquellos miembros de su hogar que satisfagan los requisitos exigidos, aún 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 satisfacen los requisitos.
- Usted aún puede solicitar y cumplir con los requisitos del programa de cupones, incluso si ha finalizado el límite de tiempo de su Asistencia Temporal.

¿Necesita cupones de inmediato?

Es posible que usted reúna los requisitos para la tramitación acelerada de su solicitud.

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 someter 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 una oficina del programa de cupones y pida su paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al **1-877-472-8411** o al número gratuito **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.

INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO RELLENAR LA SOLICITUD O REVALIDACIÓN DE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS

Sírvase escribir en **LETRA DE MOLDE** legible con tinta azul o negra.

NO escriba en las áreas sombreadas.

Asegúrese de rellenar cada sección.

Si usted presenta la solicitud en nombre de otra persona, sírvase rellenar el formulario con los datos de esa persona, no con los suyos.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE: escriba **EN LETRA DE MOLDE** su nombre verdadero incluyendo primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido completo.

NÚMERO DE TELÉFONO: ESCRIBA EN NÚMEROS LEGIBLES el teléfono de su casa.

OTRO TELÉFONO: Escriba **EN NÚMEROS LEGIBLES** otro número de teléfono donde se lo pueda localizar.

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: Escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la calle, avenida, camino, etc., donde vive actualmente. Escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la ciudad en donde vive y el código postal.

DIRECCIÓN POSTAL: escriba **EN LETRA DE MOLDE** la dirección postal, si es diferente de la dirección residencial.

OTRO NOMBRE: escriba **EN LETRA DE MOLDE** los apellidos de soltera, apellidos de un matrimonio anterior u otros nombres que alguna de las personas mencionadas aquí tengan o utilicen actualmente.

Marque () la casilla para indicar si está solicitando o revalidando cupones para alimentos.

Marque () la casilla para indicar si desea recibir avisos en español y en inglés o sólo en inglés.

SECCIÓN 2: firme su nombre e incluya la fecha **SOLAMENTE** si en este momento usted quiere presentar la solicitud sin llenar la siguiente página. Debe llenar la solicitud para que podamos determinar si reúne los requisitos.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO CON USTED.

Escriba, **EN LETRA DE MOLDE**, primero su nombre completo, luego los nombres de las demás personas que viven con usted.

Escriba, **EN LETRA DE MOLDE**, la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social (si la persona no tiene un número de Seguro Social, escriba «ninguno»), estado civil y sexo de cada solicitante.

Marque () Sí o No para indicarnos quién es la persona que solicita beneficios.

Para **cada** miembro del hogar, escriba **EN LETRA DE MOLDE** el parentesco con usted (por ejemplo: esposa, hijo, amigo, etc.)

Marque () Sí, si esta persona compra y/o prepara comidas con usted.

Marque () Sí o No para cada solicitante para indicar si es hispano o latino.

Indique con una S (Sí) o con una N (No) para cada raza *.

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** – Blanca U – desconocido (Asistencia Médica (MA) solamente)

*Esta información es voluntaria de su parte; sin embargo, si no la contesta, el entrevistador la contestará basándose en las observaciones que él / ella haga. Las respuestas que dé no afectan su habilitación para recibir beneficios.

SECCIÓN 4: conteste todas las preguntas de la sección 4. Llene los nombres de los individuos que no son ciudadanos estadounidenses.

SECCIÓN 5: INGRESOS: incluya todos sus ingresos y los del resto de las personas que viven con usted. Escriba EN LETRA DE MOLDE el nombre de la persona que recibe el ingreso, la fuente del ingreso y la frecuencia del mismo. Los ingresos pueden incluir: trabajo habitual (salario), ingresos antes de la huelga, capacitación recibida en el trabajo, reserva militar, guardia nacional, programa estudiantil de trabajo, pensión conyugal, sustento de menores, ayuda educativa (subsidios, becas, etc.), ingresos que reciba de amigos(as) o parientes (aparte de préstamos), asistencia pública, pensiones o jubilaciones, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, pagos recibidos de seguro de desempleo, compensación laboral, cuidado de niños, manejo de un taxi, tareas de limpieza de casas u otros sitios, tareas rurales, ingresos provenientes de personas que comparten su hogar, ingresos provenientes de pensionistas o por la realización de artesanías.

NOTA: Pagos por Cuidado de Crianza y Cupones para Alimentos. Puede incluir el/la niño(a) o adulto bajo cuidado de crianza perteneciente a la unidad familiar de cupones. Si lo hace, los pagos por cuidado de crianza se tomarán en cuenta como ingresos. Todos los otros ingresos o recursos del niño que recibe cuidado de crianza también se tomarán en cuenta. Si tiene preguntas al respecto, consulte con la persona a cargo de su caso.

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 5.

SECCIÓN 6: RECURSOS: los recursos no afectan la habilitación de la mayoría de los hogares que solicitan beneficios de cupones para alimentos. Sin embargo, algunos datos referentes a los recursos se utilizan para determinar si usted puede recibirlos por medio de procesamiento acelerado.

Responda a todas las preguntas de la Sección 6 con sus datos y los datos de todas las personas que solicitan cupones. Incluya la cantidad o valor en dólares (\$) y el nombre de la persona a quien pertenece el recurso. **Asegúrese de incluir toda tenencia compartida.** Entre los recursos se cuentan: dinero en efectivo, dinero en efectivo que guarden otras personas, cuentas corrientes o de ahorro, bonos de ahorro, cuentas privadas de jubilación, planes de jubilación, cuentas individuales de fomento, acciones / bonos, fondos mutuos, fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero, edificios, terrenos, propiedades en renta, propiedades o casas de verano o recreo, además de la casa residencial.

SECCIÓN 7: VIVIENDA Y GASTOS:

Escriba EN LETRA LEGIBLE la cantidad que paga por alquiler, hipoteca, pensión u otro arreglo realizado para tener alojamiento. Incluya la cantidad en dólares (\$) que paga por impuestos sobre la propiedad y seguro de vivienda (incluyendo seguro contra incendios). Si paga la calefacción por separado, marque (✓) la casilla que indica el tipo de calefacción que usa.

También indique si:

- Usted paga por otros servicios públicos aparte del alquiler o hipoteca; si tiene costos de teléfono o aire acondicionado y si los tiene, ¿quién paga los gastos por separado?
- ¿Paga alguien sustento de menores por orden judicial? De ser así, indique la cantidad y frecuencia de los pagos.
- ¿Tiene alguno de los solicitantes gastos médicos tales como: servicio de cuidados de enfermería a domicilio, dentaduras postizas, audífonos, espejuelos, perros guías o animal de servicio, gastos médicos y de seguro de salud, atención hospitalaria o de cuidados de enfermería, servicios médicos o dentales, medicamentos recetados o transporte por razones médicas?
- ¿Algún miembro de su familia recibe Medicaid con requisito de sobrante (*spenddown*)? De ser así, indique quién y la cantidad.
- ¿Algún miembro de su hogar está matriculado en la escuela o en un programa de capacitación? De ser así, indique quién y dónde.

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 7.

SECCIÓN 8: DECLARACIONES LEGALES: lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

Los solicitantes / beneficiarios del servicio **Lifeline** deben marcar () la casilla si es que **no autorizan** a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) la posible revelación de su nombre, domicilio y número de teléfono a la compañía de servicios telefónicos. La compañía telefónica posiblemente utilice esos datos para inscribirlo en el servicio de descuento telefónico conocido como Lifeline. Lifeline es la tarifa básica más económica de servicios telefónicos básicos.

Nota: la ley del estado de Nueva York estipula multas o encarcelamiento o ambas penas contra toda persona declarada culpable de ocultar información o de no decir la verdad con el propósito de obtener cupones para alimentos.

SECCIÓN 9: REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS: si usted desea que otra persona, que no sea miembro de su hogar, reciba los cupones o compre los alimentos por usted, escriba EN LETRA DE MOLDE, el nombre, el domicilio y el número de teléfono de dicha persona.

SECCIÓN 10: FIRMAS: firme su nombre. Si usted es representante autorizado, tanto usted como el jefe del hogar solicitante deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 5 del formulario de solicitud o revalidación.

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 u otro miembro adulto responsable deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 5 de la solicitud o revalidación.

SECCIÓN 11: INFORMACIÓN ADICIONAL: use esta sección para proporcionar información adicional que usted crea necesaria.

SECCIÓN 12: CONSENTIMIENTO PARA RETIRAR LA SOLICITUD: si decide no solicitar los cupones, firme su nombre e indique la fecha. Usted puede volver a presentar una solicitud cuando lo desee.

Nota: la última página de esta solicitud es un formulario de inscripción para votar. Si necesita ayuda para llenar el formulario de inscripción para votar, consulte con la persona a cargo de su caso. El inscribirse o no para votar no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le brinde.

Tanto la información contenida en su solicitud como la suministrada durante la entrevista, será inscrita y almacenada en el sistema estatal conocido como Sistema de Administración de Asistencia Pública (WMS-por sus siglas en inglés). Este sistema se usa para la administración de los programas de servicios sociales y para prevenir el fraude.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO DEL PROGRAMA DE CUPONES PARA ALIMENTOS

Los folletos de información para el cliente (LDSS-4148A-SP; LDSS-4148B-SP y LDSS-4148C-SP) contienen información adicional acerca de sus derechos y deberes. Puede obtener esos folletos en una oficina de su distrito local.

COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO DE CUPONES PARA ALIMENTOS, USTED TIENE DERECHOS

DERECHO A UNA ENTREVISTA:

- La entrevista debe programarse prontamente con el fin de determinar si usted reúne los requisitos y emitir el monto de beneficios dentro de los 30 días de sometida la solicitud.
- Usted puede traer su propio intérprete a la entrevista. Si necesita un intérprete la agencia le proporcionará uno. No se le pueden negar los servicios por el hecho de que usted no maneje el idioma inglés con fluidez, o porque usted tenga impedimentos de audición o habla. Los distritos locales usan el sistema de retransmisión TTY/TTD cuando necesitan comunicarse con los solicitantes o beneficiarios que tienen impedimentos de audición o habla. Si necesita servicios especiales puede solicitarlos del distrito local.
- Si usted tiene una discapacidad, tiene los mismos derechos de acceso a servicios, y a ser entrevistado, con relación al programa de cupones, que cualquier otra persona que no tenga una discapacidad.
- Deben comunicarle, dentro de los 30 días de la fecha en que entregó (presentó) su solicitud para beneficios de cupones para alimentos, si su solicitud es aprobada o denegada. Si su solicitud se tramita por medio de procedimiento acelerado, deben comunicarle, dentro de los 5 días de entregar (presentar) la solicitud, si usted reúne los requisitos del programa de cupones.
- Usted tiene derecho a solicitar que no se realice la entrevista en la oficina si usted está pasando por una situación de extrema dificultad. Una situación de extrema dificultad sería, entre otras: enfermedad, problemas de transporte, cuidado de un miembro de la familia, dificultades porque reside en un área rural, clima severo prolongado, u horario de trabajo o capacitación que no le permitan presentarse durante el horario habitual de oficina del distrito de servicios sociales. **A petición suya no se realizará una entrevista en persona en una de las oficinas si todos los miembros adultos del hogar son personas de edad avanzada o discapacitadas sin ingresos devengados.** Posiblemente la agencia le haga una entrevista por teléfono, o a domicilio en vez de la entrevista en la oficina. Las entrevistas en persona se pueden programar con anticipación en un lugar de acuerdo mutuo, inclusive en la casa de la persona a ser entrevistada.
- Recibir una notificación por escrito comunicándole si su solicitud de beneficios de cupones para alimentos fue aprobada o denegada.
 - Si su solicitud es aprobada, esta notificación le informará el monto de beneficios de cupones para alimentos que obtendrá;
 - Si su solicitud es denegada, esta notificación le informará las razones y lo que debe hacer si no está de acuerdo o no entiende la decisión.

DERECHO A UNA CONFERENCIA Y/O AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted considera que la decisión tomada acerca de su caso es errónea, o no la entiende, hable de inmediato con la persona a cargo de su caso. Si aún no está de acuerdo o no entiende la decisión, tiene derecho a una **conferencia** y/o a una **audiencia imparcial**.

CONFERENCIA: una conferencia es cuando usted se reúne con otra persona que no es la que tomó la decisión sobre su caso. En esta sesión, dicha persona revisa la decisión tomada en su caso. Algunas veces una conferencia es la manera más rápida de resolver este tipo de problema. Le sugerimos pedir una **aunque haya solicitado una audiencia imparcial**. Las conferencias son voluntarias, y puede solicitar una audiencia aunque no solicite una conferencia. Para pedir una conferencia, llame o escriba a su departamento local de servicios sociales.

UNA CONFERENCIA NO ES UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: si le comunican que su caso está cerrado, o que se modificará el monto de cupones u otra ayuda que recibe, y el problema no se resuelve por medio de la sesión de conferencia, puede pedir una **audiencia imparcial** para evitar que se interrumpa o modifique el monto de cupones u otra ayuda que recibe. El plazo para solicitar una audiencia y su derecho a «asistencia ininterrumpida» no se extenderá al solicitar o tener una conferencia.

NOTA: la petición de una conferencia no es igual que la petición de una audiencia imparcial. Si desea una audiencia imparcial debe solicitarla.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

AUDIENCIA IMPARCIAL: una audiencia imparcial es la oportunidad que usted tiene para explicarle a un juez de derecho administrativo de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del estado de Nueva York las razones por las que usted considera que la decisión tomada en su caso fue errónea. Luego, el estado emitirá una decisión por escrito que establecerá si la decisión del departamento local de servicios sociales fue la correcta o no. Es posible que la decisión por escrito ordene que el departamento local de servicios sociales corrija su caso.

En una audiencia imparcial, usted tendrá la oportunidad de explicar las razones por las que cree que la decisión fue errónea.

LÍMITE DE TIEMPO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: si usted desea solicitar una audiencia imparcial para obtener beneficios de cupones para alimentos, llame **de inmediato** ya que **existen límites de tiempo**. Si espera demasiado, es posible que no pueda obtener una audiencia imparcial.

NOTA: si su situación es muy seria, la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del estado de Nueva York le programará una audiencia imparcial lo antes posible. Cuando llame o escriba para solicitar una audiencia imparcial, asegúrese de explicar que su situación es muy seria.

Si obtiene una notificación acerca de su caso, y usted desea solicitar una audiencia imparcial, la notificación le indicará con cuánto tiempo cuenta para solicitarla. **Lea atentamente la notificación por completo.**

Si la notificación dice que se han denegado, interrumpido o reducido sus beneficios de cupones para alimentos, puede pedir una audiencia imparcial dentro de los 90 días de la fecha de la notificación. Puede pedir una audiencia imparcial durante el periodo de revalidación cuando usted crea que no está recibiendo el monto de cupones que debería recibir.

Si no recibe una notificación acerca de su caso, y sus beneficios son denegados, interrumpidos o reducidos, también puede solicitar una audiencia imparcial.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si recibe una notificación sobre su caso, y desea solicitar una audiencia imparcial, la notificación le indicará cómo hacerlo. **Lea atentamente la notificación por completo.**

Si usted recibe una notificación en la que se le informa que se interrumpirán o reducirán sus beneficios y solicita una audiencia imparcial antes de la **fecha de vigencia** en la notificación, su dinero y demás ayuda, en la mayoría de los casos, permanecerá igual (**«asistencia ininterrumpida»**) hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial. Si no se envía la notificación antes de la fecha de vigencia, y usted solicita una audiencia imparcial dentro de los **10 días** de la **fecha de sello postal** de la notificación, usted también tiene derecho a que no se modifique su ayuda monetaria y demás tipos de asistencia (**«asistencia ininterrumpida»**) hasta que se tome una decisión acerca de la audiencia imparcial.

Sin embargo, si usted recibe **«asistencia ininterrumpida»** y no se decide a su favor en la audiencia imparcial, usted tendrá que devolver todo monto de beneficio que recibió como **«asistencia ininterrumpida»** mientras esperaba por la decisión de la audiencia imparcial.

Si **no** desea continuar recibiendo la ayuda monetaria y demás asistencia que ha estado recibiendo hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial, debe informárselo a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del estado de Nueva York cuando llame o manda una carta solicitando una audiencia imparcial.

Si no recibe una notificación sobre su caso, y sus beneficios son interrumpidos o reducidos, aún puede solicitar una audiencia imparcial. Al mismo tiempo que solicita una audiencia imparcial, puede pedir que la ayuda monetaria o demás ayuda sea reestablecida (**«asistencia ininterrumpida»**).

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York le enviará una notificación informándole cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial.

En preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a examinar el expediente de su caso y a obtener copias gratuitas de los formularios y documentos que se entregarán al juez de derecho administrativo en la audiencia imparcial. Además, también puede obtener copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios para la audiencia imparcial. Normalmente, usted puede obtener estos documentos antes de la audiencia o en la audiencia, a más tardar. Si solicita algún documento, y el departamento local de servicios sociales no se los entrega antes de la audiencia o durante ella, debe informárselo al juez.

Puede traer un abogado, un pariente o un amigo a la audiencia imparcial para que le ayude a explicar porqué usted cree que la decisión tomada sobre su caso es errónea. Si no puede asistir a la audiencia imparcial, puede enviar a un representante. Si envía un representante que no sea un abogado a la audiencia imparcial, debe entregarle a él o ella una carta dirigida al juez de derecho administrativo. La carta debe indicarle al juez que dicha persona está allí en su representación.

Le sugerimos traer testigos a la audiencia que puedan ayudarle a explicar porqué usted cree que la decisión es incorrecta y documentos tales como:

- Talonarios
- Contratos de alquiler
- Facturas
- Una carta del médico
- Recibos

Una persona de su departamento local de servicios sociales también estará presente en la audiencia para explicar la decisión sobre su caso. Usted o su representante podrán hacerle preguntas a esa persona y plantear su punto de vista sobre el caso. Usted o su representante también podrán hacerle preguntas a los testigos que usted presente para avalar su caso.

Si cree que necesita los servicios de un abogado en la audiencia imparcial, puede obtener servicios legales gratuitos si se comunica con su oficina local de Ayuda Legal o de Servicios Legales. Para obtener los nombres de otros abogados, llame al Colegio de Abogados local.

NOTA: si usted lo solicita, podrá recuperar el dinero que gastó en transporte público, cuidado de niños u otros gastos que consideró necesarios para asistir a la audiencia imparcial. Si no dispone de transporte público, es posible que se le reembolse el dinero que gastó en otro tipo de transporte. Si no puede usar el transporte público debido a un problema médico, es posible que se le reintegre el dinero que gastó en otro tipo de transporte. Sin embargo, posiblemente se le pida verificación médica.

Puede solicitar una audiencia imparcial de cualquier zona del estado de Nueva York por teléfono, fax, internet o por escrito a la dirección que aparece a continuación.

Teléfono: el número gratis a nivel estatal es el 1-800-342-3334. Tenga a mano la notificación cuando llame.

Fax: la petición de audiencia imparcial a: 518-473-6735

Internet: rellene la solicitud en línea en <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

Por escrito: en cuanto a las notificaciones, rellene el espacio en blanco y envíe una copia de la notificación, o escriba a:

**Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930**

Conserve una copia de la notificación

Si usted vive en la Ciudad de Nueva York, también puede solicitarla en persona, dirigiéndose a la oficina que aparece a continuación.

En persona (sólo en la ciudad de Nueva York): traiga una copia de la notificación o pida una audiencia sobre un asunto no tratado en la notificación a:

**Office of Administrative Hearings
Office of Temporary & Disability Assistance
14 Boerum Place
Brooklyn, New York o al 330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York**

NOTA: Audiencias Imparciales de emergencia en la ciudad de Nueva York solamente: llame al 800-205-0110. Este número de teléfono es solamente para emergencias. En este número solamente se atienden emergencias, si su caso no es una emergencia, no se le atenderá su llamada.

CÓMO EXAMINAR EL EXPEDIENTE DE SU CASO Y REGISTROS ELECTRÓNICOS

Una vez usted somete una solicitud de cupones o de cualquier otro tipo de ayuda, se genera un expediente de su caso. Normalmente, usted tiene el derecho a examinar esos expedientes. Sin embargo, posiblemente **no** pueda examinar todos los expedientes. La persona a cargo de su caso le explicará las reglas.

Cuando usted manda una petición por escrito solicitando una copia de sus expedientes electrónicos, la Ley de Protección de Información Personal exige que las agencias del estado de Nueva York le envíen sus expedientes, **o** le comuniquen la razón por la que no le darán sus expedientes, **o** le informen que recibieron su pedido y que van a determinar si está autorizado a obtener sus expedientes dentro de los cinco días hábiles en los que hayan recibido su carta de solicitud.

CON RESPECTO AL EMPLEO

Si usted no está de acuerdo en que puede trabajar, debe notificar al departamento local de servicios sociales que usted cree que debe estar exento de participar en actividades laborales. El departamento local de servicios sociales le notificará la determinación tomada con respecto a su reclamo. Si el departamento local de servicios sociales no está de acuerdo con usted, puede solicitar una audiencia imparcial para comunicarle al juez de derecho administrativo la razón por la cual usted entiende que no puede trabajar.

Si se le solicita que participe en actividades laborales relacionadas con los beneficios de cupones para alimentos, posiblemente reciba ayuda con ciertos gastos relacionados con el trabajo. Además, podrá recibir asistencia con los costos del cuidado de los niños.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

SI ESTÁ BAJO SOSPECHA DE FRAUDE

Si se da cuenta que se le está investigando porque la persona a cargo de su caso cree que usted no dijo la verdad, debe consultar un abogado. Si se le acusa de fraude a la asistencia pública en un tribunal de lo penal, el juez le asignará un abogado que lo representará, sin costo alguno si usted reúne los requisitos.

COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO DE CUPONES PARA ALIMENTOS USTED TIENE CIERTAS RESPONSABILIDADES

RESPONSABILIDAD DE TRABAJO PARA LOS BENEFICIARIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS

A menos que usted esté exento de requisitos laborales como solicitante o beneficiario de cupones para alimentos, debe cumplir con ciertas reglas, que incluyen participar en actividades laborales y aceptar un trabajo. La persona a cargo de su caso le explicará estas reglas.

Si usted no cumple con los requisitos laborales, puede perder los beneficios de cupones para alimentos.

- Existen varias excepciones que lo eximirían de participar en los requisitos laborales del programa de cupones. Pregúntele a la persona a cargo de su caso si su situación es una de esas excepciones. Posiblemente le pidan documentación que avale su reclamo.

Si usted no está exento de participar en actividades laborales y no cumple con los requisitos laborales, puede perder los beneficios de cupones para alimentos. El período de tiempo en que perderá sus beneficios dependerá de la cantidad de veces que no cumplió.

RESPONSABILIDADES Y REQUISITOS ADICIONALES EXIGIDOS DE LOS BENEFICIARIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS HABILITADOS PARA TRABAJAR SIN DEPENDIENTES A CARGO

Si usted es una persona apta para trabajar, posiblemente se le pida que cumpla con requisitos adicionales relacionados con el programa de cupones para alimentos. La persona a cargo de su caso le explicará esos requisitos y las excepciones.

Si usted se ha inscrito en una búsqueda de trabajo y no está exento, solamente reunirá los requisitos para recibir beneficios de cupones para alimentos durante tres meses cada 36 meses, a menos que cumpla con los requisitos adicionales.

Si desea continuar recibiendo cupones por más de tres meses, debe solicitarle a la persona a cargo de su caso información sobre un empleo o capacitación que le permita cumplir con este requisito para poder continuar recibiendo cupones.

Si pierde los beneficios de cupones para alimentos debido a que no cumplió con los requisitos adicionales durante tres meses o más durante los cuales recibió los beneficios de cupones para alimentos, usted podrá restablecer su habilitación de varias maneras. La persona a cargo de su caso le explicará cómo hacerlo.

RESPONSABILIDAD DE VOLVER A CONCERTAR UNA ENTREVISTA A LA QUE NO PUDO ASISTIR

Como solicitante o beneficiario de cupones, usted tiene la responsabilidad de reprogramar una entrevista a la cual no pudo asistir antes del día 30 de la fecha en que envió la solicitud para evitar perder el beneficio de cupones.

RESPONSABILIDAD DE PRESENTAR PRUEBAS

Al momento de solicitar u obtener ayuda, se le solicitará que presente ciertos comprobantes. La persona a cargo de su caso le indicará qué **debe** comprobar. No todos los programas exigen estos comprobantes. Es posible que tenga que comprobar ciertas cosas para un programa y para otro no. Si trae comprobantes consigo la primera vez que se presenta para solicitar ayuda, probablemente obtenga ayuda más pronto.

Si decide entregar la documentación en el departamento local de servicios sociales, debe pedir un recibo para constatar la documentación que entregó. El recibo debe contener su nombre, la documentación específica que entregó, la hora, la fecha, el nombre de distrito y el nombre del trabajador de servicios sociales que le entregó el recibo.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

Si usted no puede obtener la prueba que necesita, pida ayuda a la persona a cargo de su caso. Si el departamento local de servicios sociales ya cuenta con pruebas de datos que no sufren cambios, tales como su número de Seguro Social, no es necesario que presente pruebas otra vez.

Si la persona a cargo de su caso le informa que necesita documentos e información adicional para averiguar si puede ayudarlo, debe proporcionarle las pruebas. Si no puede obtener esa información y esos documentos, la persona a cargo de su caso puede ayudarlo.

INFORMACIÓN SOBRE HABILITACIÓN PARA NO CIUDADANOS ESTADOUNIDENSES

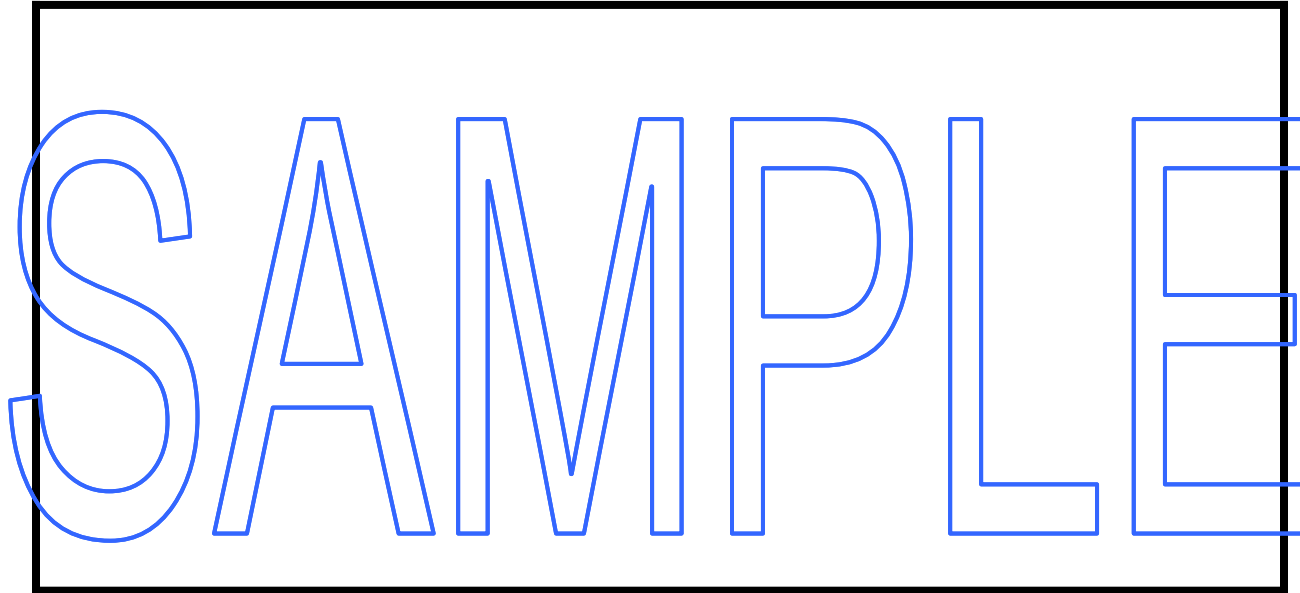
Muchas personas no ciudadanas habilitan para recibir cupones para alimentos. Incluso si usted no lo es, sus hijos podrían habilitar. El que usted reciba cupones no debería afectar su condición migratoria con respecto a cualquier decisión que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración tome sobre su situación migratoria.

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir cupones si usted es ciudadano estadounidense, un no ciudadano nacional estadounidense (personas nacidas en Samoa estadounidense o en la isla de Swain) o un extranjero con un estado migratorio aprobado. Un extranjero con estado migratorio aprobado, según el programa de cupones es:

1. Un amerindio nacido en Canadá con al menos 50 por ciento de sangre de raza amerindia conforme al artículo 289 de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (Immigration and Nationality Act INA), o
2. Miembros de una tribu indígena reconocida a nivel federal como tribu indígena (25 Código de los Estados Unidos (450b(e))), o
3. Un extranjero admitido como hmong o laciano de Highland, inclusive su cónyuge e hijos a cargo, o
4. Refugiados admitidos conforme a la sección 207 de la INA, o
5. Un extranjero al que se le ha otorgado asilo conforme al artículo 208 del INA, o
6. Un extranjero cuya deportación haya sido retenida conforme a la sección 234(h) de la INA en vigencia antes del 1 de abril de 1997, o cuya remoción haya sido retenida conforme a la sección 241(b)(3) del INA, o
7. Un extranjero admitido como ingresante cubano o haitiano, o
8. Un extranjero víctima de trata de personas según la sección 103(8) de la Ley de Protección a Víctimas de Trata de Personas, o
9. Un extranjero en servicio activo en las fuerzas armadas de EE. UU., o un veterano con baja honorable, su cónyuge y menores a cargo, y el cónyuge supérstite que no se ha vuelto a casar y los hijos a cargo solteros de un miembro en servicio activo o veterano fallecido, o
10. Un extranjero admitido como amerasiático, o
11. Un extranjero admitido legalmente con residencia permanente conforme al INA y que haya tenido ese estado migratorio por 5 años, o
12. Un extranjero admitido por razones humanitarias o de interés público según la sección 212 (d)(5) de la INA durante al menos un año y que haya tenido ese estado por 5 años, o
13. Un extranjero o padres o hijos de un extranjero que haya sido maltratado o sometido a crueldad extrema en EE.UU. por un miembro de la familia y que haya ingresado al país antes del 22 de agosto de 1996 o que tenga 5 años de tener ese estado migratorio.
14. Los extranjeros también pueden recibir cupones si:
 - Han sido admitidos con residencia legal permanente y han trabajado o se les puede acreditar 40 trimestres de trabajo.
 - Tienen uno de los estados migratorios aprobados anteriormente y reciben ciertos beneficios por incapacidad o ceguera;
 - Tienen uno de los estados migratorios indicados anteriormente y son menores de 18 años;
 - Residen legalmente en los EE. UU., al día 22 de agosto de 1996 y ahora son ciegos o incapacitados, de edad avanzada o nacieron al día 22 de agosto de 1931 o con anterioridad a esa fecha.

RESPONSABILIDAD DE INSCRIBIRSE EN EL SISTEMA AUTOMÁTICO DE IDENTIFICACIÓN DE HUELLAS DACTILARES: ¿ES NECESARIO PARA RECIBIR LOS CUPONES PARA ALIMENTOS?

Si usted solicita o recibe beneficios de cupones para alimentos, es posible que tenga que registrarse en el Sistema Automático de Identificación de Huellas Dactilares (Automated Finger Imaging System, AFIS) si usted es un adulto (de 18 años de edad o mayor) o si usted es el jefe del hogar.



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): _____

S A M P L E

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.

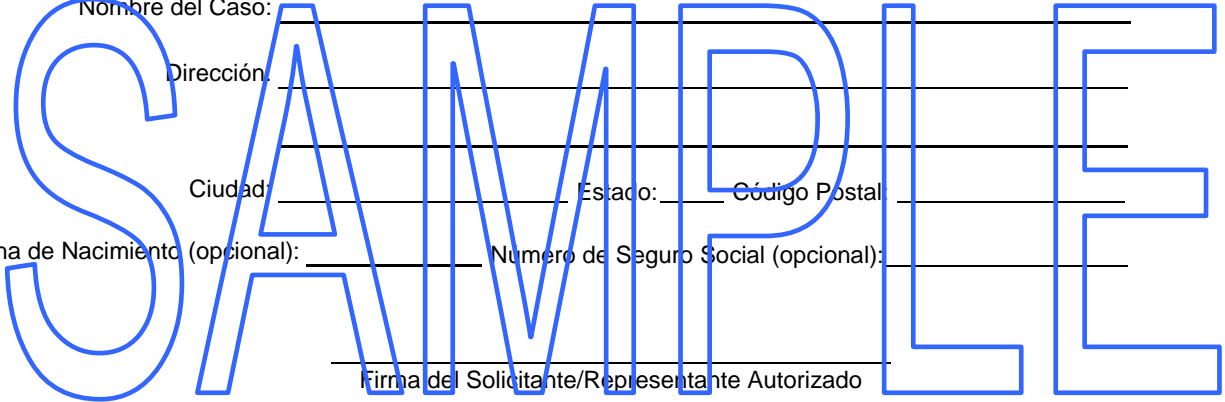
Nombre del Caso: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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

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 ha recibido la información contenida en 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 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 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 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-N, 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 _____