



OFICINA DE ASISTENCIA TEMPORAL Y ASISTENCIA PARA INCAPACITADOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK



## CÓMO LLENAR LA SOLICITUD O RECERTIFICAR PARA RECIBIR CUPONES PARA ALIMENTOS

### **¿Solamente quiere solicitar 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 o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente. *Esta solicitud sólo se puede usar para solicitar cupones para alimentos.*

### **Cuando 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 presenta la 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 que somete la solicitud. Sin embargo, para determinar si usted reúne los requisitos, debe llenar toda la solicitud, firmar la página 5 y ser entrevistado(a).
- Usted puede solicitar y obtener cupones para alimentos para aquellos miembros de su hogar que satisfagan 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 cupones para los hijos que si satisfacen los requisitos.

### **¿Necesita cupones 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 cinco días calendarios 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 a los hogares que tengan derecho a recibirlos bajo las normas establecidas del proceso acelerado de cupones.

### **¿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.

Comuníquese con nosotros al \_\_\_\_\_ si necesita concertar una entrevista por teléfono.

### **¿Preguntas?**

Si tiene preguntas al llenar esta solicitud o no sabe si reúne los requisitos para recibir cupones para alimentos, comuníquese con nosotros al \_\_\_\_\_.

**Además de la Solicitud / Recertificación para los Cupones para Alimentos, asegúrese de recibir copias de:**

- **LDSS-4148A-SP:** «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades»
- **LDSS-4148B-SP:** «Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales»
- **LDSS-4148C-SP:** «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia»

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 el número de teléfono de su casa.

**OTRO TELÉFONO:** Escriba **EN LETRA LEGIBLE** 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 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 recertificando para los cupones.

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

## **SECCIÓN 2: 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 y luego los nombres de las demás personas que viven con usted.

Escriba **EN LETRA LEGIBLE** la fecha de nacimiento, número de seguro social (si la persona no tiene un número de seguro social, escriba «no tiene»), estado civil y sexo de cada solicitante. Las personas que no solicitan beneficios y que no comparten los alimentos del hogar, no tienen que incluir el número de seguro social.

Marque (✓) la casilla Sí o No para indicar la persona que solicita beneficios.

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

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

Marque (✓) la casilla Sí o No para cada solicitante para indicar si es hispano / latino.

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

**Códigos de Raza / Etnia:** **I** – indígena norteamericano o nativo de Alaska, **A** – asiático, **B** – negro o afro-americano, **P** – nativo de Hawai o islas del Pacífico, **W** – blanco, **U** – no se sabe (**MA solamente**)\*.

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

**SECCIÓN 3:** Conteste todas las preguntas de la sección 3.

**SECCIÓN 4:** Firme su nombre e incluya la fecha solamente si en este momento usted quiere presentar la solicitud sin llenar la siguiente página.

**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, beneficios 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 **no** se tomarán en cuenta como ingresos. Todos los otros ingresos o recursos del niño(a) que recibe cuidado de crianza 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** *Si todos los miembros de su hogar reciben SSI, no es necesario llenar esta sección.*

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.** Recursos incluye: 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 / hipoteca; tiene costos de teléfono o aire acondicionado, y si los tiene, ¿quién los paga?
- ¿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 (*spendown*)? 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. Indique los nombres de las personas que no son ciudadanos estadounidenses, nacionales o el de las personas que no tengan una situación satisfactoria de inmigración.

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. Es posible que su compañía de servicios telefónicos use estos datos para inscribirlo en el servicio de descuento de tarifa telefónica. *Lifeline* es el descuento más bajo que las compañías de servicios telefónicos ofrecen sobre la tarifa de servicio básico.

**Solamente** los solicitantes / beneficiarios de Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos para inscribirse al servicio de descuento telefónico *Lifeline*.

**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: FIRMAS** Firme su nombre. Si usted es el representante autorizado, ambos deben firmar y fechar la sección de firmas que aparece en la página 5 del formulario de solicitud o recertificación.

**SECCIÓN 10: REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA RECIBIR LOS 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.

Cuando un representante autorizado solicita cupones en favor de un hogar que no reside en una institución, tanto el representante autorizado como el jefe del hogar solicitante deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 5 del formulario de solicitud o recertificación.

**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.



# Formulario de inscripción del votante emitido por una agencia del Estado de Nueva York

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN INGLÉS

本表格有中文文本



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE

## ¡IMPORTANTE!

El hecho de solicitar o rehusar la inscripción para votar no afectará la magnitud de la asistencia que le será proporcionada por esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción del votante, nosotros se la brindaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es sólo suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si usted piensa que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o a rehusar inscribirse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir inscribirse o no, o para solicitar inscribirse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una demanda ante la *Junta Electoral del Estado de Nueva York, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109. Teléfono: 1-800-469-6872, TTY (línea para discapacitados auditivos) 1-800-533-8683; o visite nuestro sitio en la red - www.elections.state.ny.us*

Su decisión de registrarse permanecerá confidencial y solamente será utilizada para los fines de inscripción del votante. Toda persona que escoja no inscribirse para votar y/o la información referente a la oficina ante la cual se presentó la solicitud permanecerán confidenciales, para ser utilizadas solamente para los fines de inscripción del votante.

“Si usted no está inscripto para votar en el lugar de su residencia actual, ¿le gustaría solicitar la inscripción aquí y ahora?”

**SÍ** (Si marca Sí, sírvase completar la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE al final de esta página)

NO, porque elijo no inscribirme, **O**

Ya estoy inscripto en mi residencia actual, **O**

Ya solicité y recibí un formulario de inscripción por correo.

Si usted no marca una de las casillas, se interpretará que ha decidido no inscribirse para votar en esta ocasión.

(Firma)

(Fecha)

(Escriba su nombre en letra de imprenta)

## Requisitos para la inscripción

Usted puede utilizar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York.
- cambiar su nombre y/o domicilio, si se produjo alguna modificación desde la última vez que usted votó.
- inscribirse en un partido político o modificar su inscripción.

Para inscribirse, usted debe:

- ser ciudadano norteamericano.
- haber cumplido 18 años de edad antes del 31 de diciembre del año en que usted presente este formulario. (Nota: usted debe tener 18 años de edad para el día de la elección general, primaria u otra elección en la cual desee votar).
- haber residido en el condado o en la ciudad de Nueva York por lo menos 30 días antes de una elección.
- no estar en prisión o bajo libertad condicional por la condena de un delito.
- no reclamar el derecho de voto en otro lugar.

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE (Instrucciones en el reverso)

NVRA-05 (10/03)

Sí, necesito una solicitud para una Boleta de ausente

Sírvase completar con letras de imprenta en tinta azul o negra

Sí, me gustaría ser un Trabajador para el día de las elecciones

1 ¿Es usted ciudadano norteamericano? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2 Tendré 18 años el día de las elecciones o antes: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>¡Para uso exclusivo de la Junta!</b>	
Si respondió NO, no complete este formulario.		Si respondió NO, no complete este formulario a menos que cumpla 18 años antes de fin de año.			
3 Apellido		Nombre		Inicial segundo nombre	
4 Domicilio de su hogar (no escriba casilla de correo)		Nº de apto		Ciudad/Pueblo/Aldea	
5 Domicilio postal (si difiere del anterior)		Casilla de correo, Nº de ruta, etc.		Oficina de correos	
6 Fecha de nacimiento		7 Sexo (encierra en un círculo) M F		8 Nº de teléfono de su hogar (opcional)	
10 Último año en que usted votó		Su domicilio era (escriba calle, número y ciudad)		9 Número de identificación – Marque el recuadro que corresponda y escriba el número <input type="checkbox"/> Nº de licencia de conducir de Nueva York <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos de su Nº de seguro social → <input type="checkbox"/> No poseo ninguno de dichos números	
En el condado/estado		Con el nombre (si difiere del que utiliza actualmente)			
11 Elija un partido – Marque sólo un recuadro <input type="checkbox"/> PARTIDO REPUBLICANO <input type="checkbox"/> PARTIDO DEMÓCRATA <input type="checkbox"/> PARTIDO DE LA INDEPENDENCIA <input type="checkbox"/> PARTIDO CONSERVADOR <input type="checkbox"/> PARTIDO DE LAS FAMILIAS TRABAJADORAS <input type="checkbox"/> OTRO (especifique) <input type="checkbox"/> NO DESEO INSCRIBIRME EN UN PARTIDO		12 Recuerde que para votar en una <b>elección primaria</b> , usted debe estar inscripto en uno de estos partidos		DECLARACIÓN JURADA: Juro o afirmo que • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré residido en el condado, ciudad o pueblo durante al menos 30 días con anterioridad a la elección. • Cumpló con todos los requisitos para inscribirme para votar en el estado de Nueva York. • Mi firma o huella figura en la línea que está a continuación. • La información precedente es verdadera. Entiendo que si no fuera verdadera, puedo ser condenado y multado con hasta \$5.000 y/o encarcelado por un máximo de cuatro años. ↓ Firma o marca ↓ X _____ Fecha _____	

Por favor no escribir en este espacio

## PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

**Recuadro 1:** Debe estar completo. Si usted responde NO, no complete este formulario.

**Recuadro 2:** Debe estar completo; no obstante, si usted responde NO, no complete este formulario A MENOS QUE usted sea un residente de Nueva York que habrá cumplido los 18 años de edad antes de finalizar este año.

**Recuadro 4:** Escriba el domicilio de su hogar.

**Recuadro 5:** Escriba su domicilio postal si difiere del de su hogar (Nº de casilla de correo, Nº de ruta, etc.)

**Recuadro 8:** Es opcional completar este recuadro.

**Recuadro 9:** Debe estar completo. Si usted posee una licencia de conducir de Nueva York vigente, debe proporcionar dicho número. De lo contrario, debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Nº de seguro social.

**Recuadro 10:** Si usted nunca ha votado antes, escriba "None" (ninguno). Si no recuerda cuándo votó por última vez, coloque un signo de interrogación (?). Si usted votó anteriormente utilizando otro nombre, escriba dicho nombre. Si no, escriba "Same" (mismo).

**Recuadro 11:** Para poder votar en la elección primaria de un partido, usted debe estar inscripto en uno de los 5 partidos constituidos en Nueva York. Marque sólo un recuadro.

**Recuadro 12:** Esta solicitud debe estar firmada y fechada con tinta.