



Helping People. Changing Lives.

SOLICITUD DE SNAP DE HCAA

Fecha: _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Correo Electrónico	Número de teléfono celular	Método de contacto preferido
Dirección	Ciudad	Estado
		Código postal

Marque uno que corresponda: ☐ Inquilino ☐ Dueño de Casa ☐ Sin Hogar ☐ Otro _____

Preguntas delicadas:

1. ¿Alguien en su hogar recibe beneficios bajo otra identidad o como miembro de otro hogar o en otro estado? ____ Sí o ____ NO
2. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado desde el 22 de agosto de 1996 en un tribunal federal o estatal por no decir la verdad sobre dónde vivía o su identidad para recibir beneficios de suplementos alimenticios o asistencia en efectivo de más de un lugar en el mismo mes? ____ Sí o ____ NO
3. ¿Un tribunal ha condenado a algún miembro de su hogar por comerciar o traficar con beneficios SNAP de \$500 o más? ____ Sí o ____ NO
4. ¿Hay alguien en su hogar que esté actualmente violando la libertad condicional o bajo palabra o huyendo de la policía o de los tribunales? ____ Sí o ____ NO
5. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por un delito grave relacionado con un capo de la droga a partir del 22 de agosto de 1996? ____ Sí o ____ NO
6. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por un delito grave relacionado con tráfico de drogas en grandes cantidades a partir del 22 de agosto de 1996? ____ Sí o ____ NO
7. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado después del 7 de febrero de 2014 por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otro abuso de niños, agresión sexual* o una ley estatal similar, y además no cumple con los términos de su sentencia? ____ Sí o ____ NO

DECLARACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR

[illegible]

Ingresos totales del hogar durante los últimos 30 días	\$
--	----

GASTOS MENSUALES: Proporcione la cantidad (\$) a continuación y especifique qué miembro(s) del hogar paga(n) cada gasto.

[illegible]

Acuerdo del Cliente:

Declaro que la información que he proporcionado a la Agencia de Acción Comunitaria de Harford (HCAA) es verdadera, correcta y completa. Entiendo que al firmar esta solicitud, autorizo a la HCAA a verificar todos los ingresos del hogar, cuentas bancarias, gastos de vivienda, seguros y otros beneficios.

Si actualmente recibo o he recibido beneficios de los programas administrados por el Departamento de Servicios Sociales del Condado de Harford (DSS), al firmar esta solicitud, autorizo al DSS a compartir con la HCAA cualquier información de mi expediente del DSS necesaria para completar esta solicitud. Dicha información incluye, entre otros datos, los miembros del hogar, los ingresos, los gastos, los recursos, los pagos de manutención infantil, etc.

Reconozco que la información de mi solicitud se almacenará digitalmente en la base de datos de la agencia: CAP60. Esta información se mantendrá con la máxima confidencialidad y solo el personal de la HCAA tendrá acceso a los archivos individuales dentro de la base de datos.

La ley de Maryland protege contra el fraude. Se pueden aplicar sanciones por no decir la verdad al solicitar asistencia de cualquier programa de la HCAA. Harford Community Action Agency, Inc. prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual o estado civil o familiar.

Proceso de Quejas:

Si el cliente desea presentar una queja, puede hacerlo por escrito al Director Ejecutivo (CEO), exponiendo la situación y sus inquietudes. El CEO debe concertar una cita con el cliente dentro de los 14 días siguientes a la recepción de la carta de queja para analizarla y llegar a una solución.

Firma del Solicitante

Fecha

Declaración de no Discriminación del USDA

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas en defensa de los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidad que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al **(800) 877-8339**. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el denunciante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al **(833) 620-1071** o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 o la carta deben enviarse a:

correo:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Habitación 334
Alexandria, VA 22314; o

fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Este formulario autoriza la divulgación de información del Departamento Local de Servicios Sociales a la Organización Comunitaria y al Cliente. Yo, (nombre del cliente) _____, autorizo a la Administración de Inversiones Familiares a divulgar toda la información contenida en mi solicitud/redeterminación de beneficios públicos, y relacionada con su estado, como residente del Estado de Maryland, a la siguiente agencia:

<u>Harford Community Action Agency, Inc.</u>		<u>1321 B Woodbridge Station Way, Edgewood, MD 21040</u>	
Nombre de la Organización Comunitaria		Dirección	
Esta información puede ser divulgada a la siguiente persona (s):			
Courtney Insley	SNAP Asociado	<u>cinsley@harfordcaa.org</u>	#410-612-9909
Damon Presberry	SNAP Asociado	<u>dpresberry@harfordcaa.org</u>	#410-612-9909
Veronique Bernatchez	SNAP Asociado	<u>vbernatchez@harfordcaa.org</u>	#410-612-9909
Brian Wainwright	SNAP Asociado	<u>bwainwright@harfordcaa.org</u>	#410-612-9909
Nombre (por favor imprima)	Posición del personal	Correo Electrónico	Teléfono
<u>Kim Neely</u>	Director de Operaciones	<u>kneely@harfordcaa.org</u>	#410-612-9909
Nombre (por favor imprima)	Supervisor/Título del Puesto	Correo Electrónico	Teléfono

Nombre del solicitante (en letra de imprenta) _____ Fecha de Nacimiento _____

Ciudadano # _____

Firma del solicitante o representante autorizado _____

Número de seguro social del solicitante - (No ciudadano #) _____ Fecha _____

Devolución completa al remitente. Este formulario tiene una validez de 12 meses a partir de la fecha de firma. Nota: El cliente podrá revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto si se ha tomado alguna medida basándose en él.