



Estado de Illinois **2 (Permanente)**  
 Departamento de Servicios Humanos  
**Solicitud del Programa Asistencia  
 Para Nutrición Suplementaria (SNAP)**

Por favor escriba en letra de molde claramente y conteste todas las preguntas. Usted y, cualquier persona que resida con usted, puede que necesite proveer comprobantes de todos los ingresos y ciertos gastos. Se requiere que procesemos su solicitud dentro de los treinta días de haberla recibido. Esta solicitud debe presentarse ante su Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) local. Usted puede completar este formulario en su casa y enviarlo por correo o traerlo a la oficina de FCRC, o un miembro de su hogar o un adulto que lo conozca a usted, puede completarlo y devolverlo a nuestra oficina por usted. Si un representante autorizado completa y firma este formulario por usted, él / ella debe contestar las preguntas relacionadas con el solicitante y no al representante autorizado. Use el Localizador de oficinas del IDHS para encontrar un FCRC en [www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12](http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12) o llame a la línea de ayuda de IDHS al 1-800-843-6154. También puede solicitar beneficios en [ABE.Illinois.gov](http://ABE.Illinois.gov).

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

<b>(Sólo para Uso de la Oficina)</b>
Case Number: _____
Case Name: _____
Application Date: _____

Usted puede ser elegible para beneficios inmediatamente si:

- \* sus ingresos brutos no exentos y bienes son menos que su pago de alquiler mensual de vivienda o hipoteca y el estándar apropiado por servicios públicos: o,
- \* usted tiene bienes por \$100 o menos y
  - su ingreso mensual bruto para el mes de la solicitud fue menos de \$150; o
  - por lo menos una persona que solicita es un trabajador migratorio que "no tiene dinero".

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: (Calle - Núm. de Apto): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: Zona Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo si es diferente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Hogar): \_\_\_\_\_ (Empleo): \_\_\_\_\_ (Emergencia): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Usted tiene el derecho de registrar una solicitud inmediatamente mientras esta Solicitud (en la página 1) esté completada con su nombre, dirección y firma. Cuando se registra el formulario firmado (en la página 1), empieza el periodo del proceso de la solicitud. Proporcionar su fecha de nacimiento y el Número de Seguro Social en esta página firmada nos ayudará con el proceso de registro de la solicitud.

**Ciudadanía / Estatus de Inmigración**

Si usted o cualquier miembro de su unidad de beneficios del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP) no están solicitando beneficios SNAP debido a que no desean verificar su estatus de inmigración, no tiene que proveer la información. El no proporcionar la información sobre el estatus de inmigración, no afectará procesar la solicitud para el resto de los miembros de la unidad de beneficios SNAP. Pero, cualquier miembro de su unidad de beneficios SNAP que esté solicitando beneficios, tiene que proporcionar la información sobre su estatus de inmigración.

¿Son todos los miembros de la unidad de beneficios SNAP ciudadanos de los Estados Unidos?  Sí  No

**Complete la siguiente información para cualquier persona que no es ciudadano y que está solicitando beneficios SNAP. Si necesita más espacio, añada otra hoja de papel.**

Nombre	Edad	Fecha cuando llegó a EE.UU.	Número de Registro
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Si hay algún miembro de la unidad de beneficios SNAP que no está solicitando beneficios debido a que no quiere proveer comprobantes de su estatus de inmigración, por favor escriba los nombres a continuación. **Solamente le haremos preguntas sobre los ingresos de ellos.**

Nombre (Apellido) (Nombre) (Inicial Segundo Nombre)	Nombre (Apellido) (Nombre) (Inicial Segundo Nombre)
1.	2.
3.	4.
5.	6.



Estado de Illinois **2 (Permanente)**  
 Departamento de Servicios Humanos  
**Solicitud del Programa Asistencia  
 Para Nutrición Suplementaria (SNAP)**

Marque la casilla que describe dónde vive usted:

- Alquila apartamento / casa / casa móvil     Vivienda con subsidio federal  
 Propietario de casa / casa móvil     Hotel  
 Cuidado a largo plazo en institución     Lugar de cuidado con apoyo     En la casa de otra persona     Hospital  
 Otro (Por favor explique) \_\_\_\_\_

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

Las siguientes dos preguntas son voluntarias. El contestar a estas preguntas no le afectará su elegibilidad o el nivel de los beneficios. El motivo de esta información es para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de la raza, el color o la nacionalidad.  
 (Por favor, conteste a las preguntas para cada miembro de su hogar. Adjunte páginas adicionales según sea necesario).

Nombre - (Apellido, Primero, Inicial )	¿Es usted hispano o latino?	¿Cuál es su raza? (Selecione uno o más)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco

Esta información se solicita únicamente con el propósito de determinar el cumplimiento Estatal con las Leyes Federales de Derechos Civiles, y su respuesta no afectará la determinación de su solicitud, y puede estar protegida por la Ley de la Privacidad. Al proporcionar esta información, usted nos ayudará a asegurar a que este programa sea administrado en una manera sin discriminación.

¿Habla inglés con fluidez el miembro adulto de su hogar que usualmente gestiona su caso con el IDHS?     Sí     No

¿Lee inglés con fluidez el miembro adulto de su hogar que usualmente recibe la correspondencia o información escrita del IDHS?     Sí     No

Si marcó "No" a alguna de las respuestas indicadas arriba, ¿qué idioma habla usted? \_\_\_\_\_



# Solicitud del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

## Miembros del Hogar (Unidad de Beneficios SNAP)

Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven con usted? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted o alguien que vive con usted sesenta años de edad o más?  Sí  No

¿Es usted o alguien que vive con usted, ciego?  Sí  No ¿Está Discapacitado?  Sí  No

Si contestó sí, quién es: \_\_\_\_\_

¿Es este un hogar o unidad de Beneficios SNAP de refugiados?  Sí  No

Empezando con usted, por favor indique todos los que están solicitando beneficios con usted e indique en el cuadro al lado si compran y preparan los alimentos juntos.

(Apellido)	(Nombre)	(Inicial)	M/F	Fecha de Nac.	Numb.. Seguro Social	Parentesco	Marque su respuesta
1.						Yo	¿Compra y prepara alimentos con usted?
2.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor añada una hoja separada para las personas adicionales.

Hay alguien nombrado en la lista indicada arriba que:

\* ¿recibió beneficios SNAP en los últimos sesenta días?  Sí  No

\* ¿solicitó o recibió beneficios SNAP usando diferente nombre?  Sí  No

\* ¿fue convicto por cometer fraude relacionado a beneficios SNAP?  Sí  No

Si usted contestó "sí" a cualquiera de las preguntas indicadas arriba, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Vive alguien con usted que no está solicitando beneficios?

Si contestó sí, por favor indique los nombres aquí:

Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco con Usted \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco con Usted \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco con Usted \_\_\_\_\_



# Solicitud del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

### Residencia:

- ¿Vive usted en Illinois?.....  Sí  No
- ¿Está usted en un albergue, casa de rehabilitación, o lugar similar el cual provee albergue?.....  Sí  No
- ¿Está usted temporalmente viviendo en la casa de otra persona?.....  Sí  No
  - (a) Si contestó sí, ¿se debe esto a que usted no tiene un lugar para vivir y de otra manera estaría forzado(a) a vivir en un lugar tal como un albergue o en la calle?.....  Sí  No
  - (b) Si contestó sí, ¿es usted el padre, madre, hijo(a), cónyuge, hermano(a) de alguien que vive en esa casa?  Sí  No
- ¿Está usted en un lugar que normalmente no es usado como un lugar regular para dormir tal como un corredor, parada de autobús, biblioteca, parque, auto o en la calle?.....  Sí  No
- ¿Es usted residente de: un lugar de vivienda en grupo?.....  Sí  No
  - ¿un albergue para mujeres maltratadas?.....  Sí  No
  - ¿un lugar de tratamiento de drogas / alcohol?.....  Sí  No
- ¿Le paga usted a alguien: (a) por un cuarto?  Sí  No
  - (b) por sus comidas?  Sí  No

### Estipulaciones de Trabajo:

- ¿Puede trabajar cada persona que tiene de 18 a 59 años de edad?.....  Sí  No
- ¿Va a la escuela alguien de la unidad de beneficios SNAP que tenga de 18 a 49 años de edad?.....  Sí  No
  - Si contestó sí, ¿quién es? \_\_\_\_\_
- ¿Se necesita que alguien se quede en el hogar para cuidar a una persona enferma?.....  Sí  No
  - Si contestó sí ¿quién es? \_\_\_\_\_
- ¿Participa alguien en un programa de tratamiento para alcoholismo o adicción de drogas?.....  Sí  No
  - Si contestó sí, ¿quién es? \_\_\_\_\_
- ¿Es alguien responsable por el cuidado de un niño dependiente menor de 6 años?.....  Sí  No
  - Si contestó sí, ¿quién es? \_\_\_\_\_

Anote las personas de 18 a 59 años que no pueden trabajar por razones médicas: \_\_\_\_\_

### Estatus de Estudiante:

¿Hay alguien en su Unidad de SNAP que tenga 18 a 49 años de edad que va a la escuela, que no sea una escuela secundaria?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

¿Está registrado el estudiante parte del tiempo o más tiempo?.....  Sí  No



# Solicitud del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

## Ingresos de Trabajo

¿Ha dejado de trabajar alguien en los últimos tres meses?  Sí  No

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

Si contestó sí, ¿cuál fue la fecha del último pago? \_\_\_\_\_

¿Está en huelga alguien de su unidad de beneficios SNAP?  Sí  No

¿Ha dejado el trabajo algún miembro de su hogar, reducido las horas de trabajo a menos de 30 horas por semana o rehusó un trabajo en los últimos 60 días?  Sí  No

Si contestó sí, ¿quién es? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que tiene negocio propio o trabaja por su cuenta?  Sí  No

Complete lo siguiente para cada miembro del hogar que trabaja. Si el miembro tiene más de un empleo, escríbalos separados. También, incluya a la persona que tiene negocio propio o trabaja por su cuenta.

Miembro del Hogar	Empleador / Fuente	Dirección del Empleo	Sueldo Bruto	Horas/Sem	Frecuencia de Pagos
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		

(Añada otra hoja si es necesario)

## Otros Ingresos

¿Recibe alguien ingresos de las siguientes fuentes? Si contestó sí, marque todo lo que aplica y en lo que sigue proporcione la información completa.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) | <input type="checkbox"/> Seguro Social  | <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo                                       |
| <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Suplementario (SSI)              | <input type="checkbox"/> Empleo   | <input type="checkbox"/> Ayuda de Otro Estado  |
| <input type="checkbox"/> DCFS (cuidado de niños o guardería)                  | <input type="checkbox"/> Manutención de Niños   | <input type="checkbox"/> Dinero de amigos / familiares (regalos/préstamos)             |
| <input type="checkbox"/> Becas, préstamos a estudiantes y concesiones         | <input type="checkbox"/> Inquilinos y / o Huéspedes   | <input type="checkbox"/> Cualquier otra fuente de ingresos (Indíquelo en lo siguiente) |
| <input type="checkbox"/> Pensiones o Ingresos de Jubilación                   | <input type="checkbox"/> SSP (Pago Suplementario del Estado para Ancianos, Ciegos o Discapacitados) |  |

Origen o Fuente de Ingresos	Ingreso Bruto	Cuándo lo Recibió	Frecuencia de Pagos	Persona Que Recibe Ingresos
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			

(Si es otra fuente, explique): \_\_\_\_\_

¿Paga alguien por comida, un cuarto o ambas cosas a un miembro de la unidad de beneficios SNAP?  Sí  No

Si contestó sí, complete lo siguiente:

Nombre del huésped / inquilino: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_



# Solicitud del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

## Cuidado de Dependientes

¿Paga alguien en su unidad de beneficios SNAP por cuidar a un niño(a) o a un adulto discapacitado para que usted o esta persona pueda aceptar un empleo o continuar un trabajo, cumplir con los requisitos de empleo y entrenamiento o continuar su educación para prepararse para un trabajo?

Sí  No

Si contestó sí, ¿quién proporciona este cuidado? Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Dependiente	Cantidad Que Paga	Frecuencia de Pagos	¿Paga alguien este gasto por usted?
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

## Manutención de Niños

¿Paga alguien por manutención de niños ordenado por la corte o tiene una orden administrativa?  Sí  No

Si contestó sí, complete lo siguiente:

Cantidad Que Debe Pagar	Frecuencia de Pagos	Cantidad Pagada	Frecuencia de Pagos	¿Para Quién es el Pago?
\$		\$		
\$		\$		
\$		\$		

## Costos de Vivienda

Complete lo siguiente para cada gasto de la vivienda que aplica a su hogar.

Gasto	Cantidad Que Paga	Frecuencia de Pagos	¿Comparte el Costo Con Alguien?	Cantidad Que Usted Paga	Cantidad Pagada Por Otros
Renta:	\$			\$	\$
Hipoteca	\$			\$	\$
Impuestos	\$			\$	\$
Seguro	\$			\$	\$
Alquiler Lote	\$			\$	\$

Si usted alquila o renta la vivienda, complete la siguiente información:

Nombre del Dueño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Gastos de Servicios Públicos

- ¿Recibió usted un pago para gastos de energía por \$21 o más este mes o en cualquiera de los últimos 12 meses del Programa Asistencia Para Gastos de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), (en Chicago pagado por medio de CEDA)?  Sí  No
- Si contestó No, ¿le cobran separado de su alquiler de vivienda o hipoteca por: calefacción o aire acondicionado? .....  Sí  No  
 ¿Tiene costos excesivos por calefacción o aire acondicionado?.....  Sí  No

NOTA: El aire acondicionado puede ser central o estar puesto en una ventana.



**Gastos de Servicios Públicos (continúa)**

Complete lo siguiente si contestó (No) a la pregunta 1 y no le facturan por calefacción o aire acondicionado separado del alquiler o renta o hipoteca de su vivienda.

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

Gastos	Cantidad	¿Ayuda alguien a pagarlo?	Cantidad Que Usted Paga	Cantidad Pagada Por Otros
Electricidad	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Agua y/o Alcantarillado	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Basura	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Combustible para Cocinar	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Servicio Básico de Teléfono (incluye el Celular o Móvil)	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Instalación / Mantenimiento de Pozo Séptico	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Instalación / Mantenimiento de Pozo de Agua	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Cuota por comienzo de Servicio Públicos (Especifique los servicios públicos que paga)	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Cantidad fija por Servicios Públicos (Especifique los servicios públicos que usted paga)	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$

**Deducción Médica Para Personas Discapacitadas o de 60 años de Edad o Mayores**

Si un miembro de su unidad SNAP está discapacitado o tiene 60 años o más, su unidad SNAP puede ser elegible para una Deducción Médica Estándar. Para obtener la Deducción Médica Estándar, usted debe comprobar que paga \$36 o más de su bolsillo por gastos médicos mensualmente.

\*Si usted no vive en un hogar con un grupo la Deducción Médica Estándar es \$245.

\*Si usted vive en un hogar con un grupo la Deducción Médica Estándar es \$485.

¿Puede usted comprobar que paga \$36 o más al mes en gastos médicos?  Sí  No

Si contestó sí y nos proporciona comprobantes, permitiremos la Deducción Médica Estándar que se aplica a su unidad familiar. Si sus gastos médicos mensuales que usted paga son más que \$245 o \$485 y proporciona comprobantes, permitiremos sus gastos médicos actuales.

**Representante Aprobado**

Si usted desea que otra persona que no sea el encargado del hogar de la unidad SNAP, complete el proceso de solicitud y / o use sus beneficios para comprar los alimentos para el hogar, escriba el nombre y dirección de la persona a continuación.

Nombre del Representante Aprobado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 (Número) (Calle) (# Apt ) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)





# Solicitud del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

## Firma

Por favor lea las páginas ocho y nueve de esta solicitud las cuales contienen información importante referente a las verificaciones o comprobantes requeridos, sus derechos, responsabilidades para reportar cambios y avisos sobre penalidades:

**Al firmar a continuación, yo juro o afirmo, bajo penalidad de perjurio, que las respuestas en este formulario son verdaderas y correctas de acuerdo con lo mejor de mi conocimiento.**

Yo he leído, o me han leído, la información referente a las verificaciones o comprobantes, mis derechos, responsabilidades para reportar cambios y el aviso de penalidades contenidos en las páginas ocho y nueve de esta solicitud. Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa o por no cumplir con alguno de los reglamentos indicados en el aviso de penalidades.

Yo entiendo que si aprueban mi solicitud para beneficios SNAP y recibo más beneficios de los que tengo derecho, aunque haya sido error de mi parte o de la agencia, la cantidad de sobrepago o exceso de beneficios son sujetos a reembolso / recobro.

✓ Yo declaro bajo pena de perjurio que he revisado este formulario y todas las declaraciones adjuntas o documentos relacionados con mis (el solicitante) ingresos y recursos o cualquier miembro de mi familia (la familia del solicitante) incluidos en esta solicitud para asistencia o en relación a cualquier asunto que tenga relevancia sobre mi elegibilidad (el solicitante) para asistencia y a lo mejor de mi conocimiento y creencia que la información provista es verdadera, correcta y completa.

Su Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: (si usted firmó con una "X"): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Usted es (Marque uno)

<input type="checkbox"/>	Encargado de la unidad de beneficios SNAP o miembro de la unidad de beneficios SNAP
<input type="checkbox"/>	Representante de la unidad de beneficios SNAP (Nota: Se requiere una autorización escrita de la unidad beneficios SNAP)

Puede enviar por correo o traer este formulario a un Centro de Recursos Comunitarios para la Familia del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (FCRC). Use el Localizador de oficinas IDHS para encontrar un FCRC en [www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12](http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12) llame a la línea de ayuda de IDHS al 1-800-843-6154.

**\*\* Por favor guarde las páginas nueve y diez para referencia. Contienen información importante \*\***





## Información Importante

**Pida al trabajador(a) de su caso que le explique cualquier cosa que no entienda.**

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

Debido a que el programa SNAP requiere un Número de Seguro Social (SSN) para cada miembro de su familia que solicita beneficios SNAP, le explicamos cómo el IDHS usa su número de Seguro Social.

### ¿Qué hace el IDHS con su Número de Seguro Social?

El SSN se utilizará en la administración del programa SNAP para comprobar la identidad de los miembros del hogar, evitar participación duplicada y para facilitar cambios masivos. Si usted o algún miembro de su hogar quiere solicitar beneficios SNAP, pero no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno. El SSN será usado en la comparación de datos de informática y revisiones del programa o en auditorías y para asegurarse de que el hogar es elegible para beneficios SNAP, otros programas federales de asistencia y programas del estado con asistencia federal, tales como el almuerzo escolar, TANF y Medicaid. IDHS consigue y utiliza la información sobre todos los clientes por medio del sistema de verificación de ingresos y elegibilidad. Esto incluye información tales como los beneficios del seguro social, seguro de desempleo, ingresos no ganados y los salarios de empleo. Cuando la información no concuerda, podemos comunicarnos con terceros, tales como los empleadores, representantes de reclamos o instituciones financieras para verificar la información. Esta información puede afectar su elegibilidad para la asistencia y la cantidad de asistencia que recibe. Esto puede resultar en una acción penal o civil o reclamaciones administrativas contra las personas que fraudulentamente participan en el programa SNAP. No se requiere un número de Seguro Social para cada miembro de su familia que no es elegible para el programa SNAP o que no desee solicitar.

### ¿Por qué pide el IDHS su número de Seguro Social?

IDHS sólo usará su SSN para el propósito que fue solicitado. IDHS no: venderá, arrendará, prestará, intercambiará ni alquilará su número de seguro social a terceros para ningún propósito, publicará o mostrará públicamente su número de Seguro Social, imprimirá su número de Seguro Social en ninguna tarjeta requerida para tener acceso a nuestros servicios, ni requerirle que se transmita su número de Seguro Social por medio del Internet, a menos que la conexión sea segura o su número de Seguro Social esté cifrado (encryption) ni imprimir su SSN en documentos que se envían a usted por correo, a menos que la ley estatal o federal requiera que ese número esté en documentos enviados a usted, o a menos que necesitemos confirmar la exactitud de su número de seguro social.

### Derecho de Apelar

Puede solicitar una audiencia imparcial, ya sea verbalmente o por escrito, si hay un desacuerdo con cualquier acción tomada en este caso. El caso de la unidad de SNAP puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona elegida por la unidad de SNAP.

### USDA Aviso de No Discriminación

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (Estado de Illinois Departamento de Servicios Humanos) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete [el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

### Adicional Illinois Información de No Discriminación

También puede escribir al Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS), a Departamento de Servicios Humanos de Illinois, Oficina de Asuntos Civiles, 401 South Clinton St., 6th Floor, Chicago, Illinois, 60607 o llamar a la Línea de Ayuda de IDHS al 1-800-843-6154 o al (866)-324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay

IDHS, HHS y USDA son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

El Estado de Illinois provee acomodaciones razonables de acuerdo con la sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y del Acta para Americanos con Discapacidades de 1990.

### Declaración con Respecto a la Ciudadanía / Estatus de Extranjero

Yo declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones que he hecho en relación a la ciudadanía o estado migratorio de cada persona que solicita asistencia son verdaderas y correctas. Yo entiendo que el estado legal de cada persona que solicita asistencia que no sea ciudadano de los Estados Unidos, será verificado con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Esto requiere que se revele a USCIS cierta información de identificación que yo he proporcionado. La información que recibe USCIS puede afectar la elegibilidad asistencia y el nivel de beneficios.

Yo entiendo que pueden pedir documentos para comprobar lo que he dicho. Yo estoy de acuerdo en hacer esto. Si los documentos no están disponibles, estoy de acuerdo en dar el nombre de la persona u organización que el FCRC puede contactar para obtener los comprobantes necesarios. **La información en este formulario está sujeta a verificación por Autoridades Federales, Estatales y Locales. Si la información resulta ser incorrecta, pueden negarme los beneficios SNAP y / o estar sujeto a un proceso penal por proporcionar información falsa.**



4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

Yo entiendo que si un cambio ocurre después de la entrevista de elegibilidad y antes del aviso de la decisión, se debe reportar dentro de los 10 días a menos que se le notifique de lo contrario. Si tengo dudas respecto a reportar un cambio, le preguntaré al trabajador(a) social de mi caso de Servicios Humanos.

EN LA SOLICITUD	
Usted Tiene que Reportar	Usted tiene que reportar y verificar
Gastos por cuidado de niños	Gastos médicos
Pago de renta o hipoteca, impuestos y seguro de propiedad y gastos por servicios públicos	Manutención de niños pagada a un miembro que no sea de la Unidad de SNAP

**El no informar o verificar los gastos anotados arriba, será visto como una declaración de su Unidad SNAP que usted no quiere recibir una deducción por los gastos no reportados.**

Los pagos de manutención de niños están sujetos a verificación por computadora con los registros de la División Servicios de Manutención de Niños.

**Advertencia de Penalidad - ¿Cuáles son las Penalidades del Programa SNAP?**

Si usted.....	Entonces usted perderá los beneficios SNAP por
* Oculta o da información falsa con el propósito de obtener beneficios SNAP * Intercambia, roba o vende beneficios SNAP o revende alimentos comprados con beneficios SNAP * Usa beneficios SNAP para comprar artículos que no son alimentos, como alcohol o tabaco. * Usa beneficios SNAP de otra persona para uso personal o de alguien más. * Desecha bebidas compradas con beneficios SNAP sólo para obtener dinero de un depósito de contenedores.	<b>* 12 meses la primera vez</b> <b>* 24 meses la segunda vez</b> <b>* Permanentemente la tercera vez</b>
Intercambia beneficios SNAP por sustancias controladas, tal como drogas.	<b>* 24 meses la primera vez</b> <b>* Permanentemente la segunda vez</b>
Intercambia beneficios SNAP por armas de fuego, o explosivos.	<b>* Permanentemente</b>
Compra, vende, roba o intercambia beneficios SNAP por más de \$500.00	<b>* Permanentemente</b>
* Proporciona información falsa acerca de quién es usted y dónde vive para que pueda recibir beneficios SNAP adicionales.	<b>* 10 años</b>

Usted también puede recibir una multa de hasta \$ 250.000 y ser puesto en prisión hasta por 20 años o ambos. Además, puede ser excluido de los beneficios SNAP por 18 meses adicionales si la corte lo pide. También, pueden enjuiciarlo bajo otras leyes federales. Las personas que son prófugos delincuentes o violan la libertad condicional no son elegibles para beneficios SNAP.

# APLICACIÓN PARA REGISTRO DE VOTANTES DE ILLINOIS

**SOLAMENTE PARA RESIDENTES DE ILLINOIS** (October 2017)

**PARA VOTAR, USTED DEBERÁ:**

- Ser un ciudadano de los Estados Unidos
- Tener por lo menos 18 años de edad (Algunos de 17 años podrán votar en la Primaria General, Primaria Consolidada o Comité Político)
- Vivir en su distrito electoral por lo menos 30 días
- No estar preso a raíz de una convicción penal
- No reclamar el derecho de votar en ningún otro lugar

**PARA VOTAR EN LA SIGUIENTE ELECCIÓN:**

- Envíe por correo o entregue esta aplicación a la Secretaría de su condado o los Comisionados de la Junta de Elecciones 28 días antes de la próxima elección. Visite <http://www.elections.il.gov> para ver la lista de Juntas Electorales.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

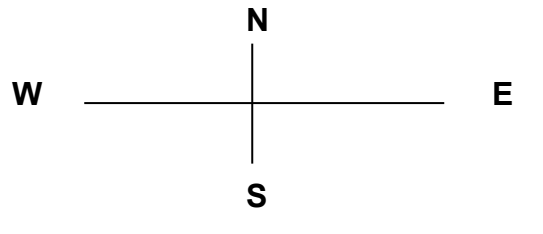
- Si usted no tiene Licencia de Conducir, o una Identificación del Sec. del Estado o un número de seguro social, y enviara este formulario por correo, y nunca se ha registrado para votar en la jurisdicción en que ahora se está registrando, entonces usted deberá presentar con este formulario cualquiera de los siguientes documentos (i) una copia de identificación válida y vigente con fotografía, o (ii) una copia de un recibo de servicios públicos actual, estado de cuenta bancario, una cheque del gobierno, cheque de nomina u otro documento gubernamental que muestre el nombre y dirección del votante. Si no puede proporcionar la información anteriormente requerida, entonces se le requerirá proveerles a los oficiales electorales con cualquiera de las opciones (i) o (ii) que son las anteriores a la primera vez que usted vote en persona o antes de votar usando una boleta electoral por correo.
- Si ha cambiado de nombre, deberá registrarse nuevamente.
- Si se registra en una agencia de servicio público, cualquier información referente a la agencia que le asistió se mantendrá confidencial, así como cualquier decisión de no registrarse.
- Si no recibe una notificación 2 semanas después de enviar por correo o entregar esta aplicación, llame a la Secretaría de su Condado o a los Comisionados de la Junta de Elecciones.

**PARA COMPLETAR ESTA FORMA:**

- Caja 1** - Si no tiene un Segundo nombre, déjelo en blanco.
- Caja 3** - Si su dirección postal es igual que la de la caja 2, escriba "misma".
- Caja 4** - Al proveer su correo electrónico usted acepta recibir notificaciones electorales a su correo electrónico.
- Caja 5** - Si nunca se ha registrado antes, déjela en blanco. Si no recuerda su dirección anterior, proporcione tanta información como le sea posible.
- Caja 6** - Si su nombre no ha cambiado, déjela en blanco.
- Caja 10** - Si tiene una licencia de conducir de Illinois, marque la caja y escriba el número. Si no tiene una licencia de conducir, marque la caja apropiada y escriba ya sean los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o el Número de identificación de la Secretaría del Estado. Si no tiene un Número de Seguro Social, marque la tercera caja y mande una copia de la documentación apropiada (como esta detallada en la sección "Información Importante")
- Caja 11** - Lea, escriba la fecha y firme personalmente su nombre o haga su marca en la caja.

**IF YOU HAVE NO STREET ADDRESS,**

below describe your home: list the name of subdivision; cross streets; roads; landmarks; mileage and/or neighbors' names.



Si tiene dudas acerca de cómo completar esta forma, por favor llame a la Junta de Elecciones del Estado al (217)782-4141, o (312)814-6440 (o [webmaster@elections.il.gov](mailto:webmaster@elections.il.gov)).

ESCRIBA CLARAMENTE CON TINTA NEGRA O AZUL

<p><b>¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos de América?</b> (marque una) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>¿Tendrá 18 años de edad el día de la elección o antes de la próxima elección O tiene ahora 17 años y cumplirá 18 antes del día de la próxima Elección General o Consolidada?</b> (marque una) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si marcó "no" en respuesta a cualquiera de estas preguntas, entonces no complete esta forma.</p>			<p><b>Para Uso Oficial</b></p>
<p>Usted puede utilizar esta forma para: (Marque uno) <input type="checkbox"/> aplicar para registrarse como votante en Illinois <input type="checkbox"/> Cambiar su dirección <input type="checkbox"/> Cambiar su nombre</p>			
1. Apellido	Nombre	Segundo Nombre o Inicial	Sufijo (Marque uno) Jr. Sr. II III IV
2. Dirección donde vive (No. de Casa, Nombre de la Calle, No. de Apto.)		Ciudad/Aldea/Pueblo	Código Postal Condado Municipio
3. Dirección Postal (Apartado Postal)		Ciudad/Aldea/Pueblo	Código Postal
5. Dirección de Registro Anterior: (incluya Ciudad, Estado y Código Postal)		Condado Anterior	4. Correo Electrónico (Opcional)
6. Nombre anterior: (si cambió)			
7. Fecha de Nacimiento: MM/DD/AA	9. Teléfono en casa incluyendo el código de área (opcional)	10. No. de Identificación - marque la casilla que aplique y proporcione el número apropiado	
8. Sexo (Marque uno) M F	( ) -	<input type="checkbox"/> Licencia de Conducir de IL, o si no, Identificación de la Sec. Del Estado o <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social <input type="checkbox"/> No tengo ningún número de identificación mencionados anteriormente.	

11. Declaración Jurada del Votante - Lea las declaraciones siguientes y firme dentro de la caja a la derecha.

**Juro o Afirmo que:**

- Soy un ciudadano de los Estados Unidos;
- Tendré por lo menos 18 años antes de o el día de la próxima elección; (o la próxima Elección General o Consolidada);
- Habré vivido en el Estado de Illinois y en mi distrito electoral por lo menos 30 días antes de la fecha de la próxima elección;
- La información que he proporcionado es verdadera hasta donde tengo conocimiento, bajo pena de perjurio. Si he proporcionado información falsa, entonces podría ser multado, encarcelado, o si no soy un ciudadano de los Estados Unidos, deportado, o se me puede negar la entrada a los Estados Unidos.

Esta es mi firma o marca en el espacio siguiente.

Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

12. Si no puede firmar su nombre, pídale a la persona que le ayudó a llenar esta forma que escriba su nombre, dirección y número telefónico.

Nombre de la persona que le ayudo

Dirección Completa

No. Telefónico

