

**SOLICITUD Y DECLARACIÓN JURADA PARA ASISTENCIA PÚBLICA**

<b>Trabajador social de IM</b> _____	<b>USO DE LA OFICINA SOLAMENTE</b>	<b>Fecha</b> _____	<b>Número de caso</b> _____
<b>Supervisor de IM</b> _____		<b>Fecha</b> _____	<b>Números de casos relacionados</b> _____
<b>Estado de TANF:</b> ( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR		<b>Fecha de registro</b> _____	

**SECCIÓN I**

SOLICITANTE: Complete este formulario con un bolígrafo con atención y exactitud. SI NO ESTÁ SEGURO DE ALGUNA RESPUESTA, DEJE EL ESPACIO EN BLANCO. Si tiene alguna duda, comuníquese con el trabajador social de la agencia de bienestar social del condado.

**NO ESCRIBA NADA EN LOS RECUADROS SOMBREADOS**

1. ¿En qué programas desea inscribirse o volver a presentar la solicitud?

( ) ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) ( ) AFDC SOLO MEDICAID ( ) ASISTENCIA GENERAL  
 ( ) PROGRAMA NJ SNAP ( ) PROGRAMA PARA REUBICACIÓN DE REFUGIADOS  
 ( ) ASISTENCIA DE EMERGENCIA ( ) PROGRAMA DE SUBSIDIOS DE CUIDADO KINSHIP

Comprendo (comprendemos) que como condición para la elegibilidad de WFNJ se me (nos) exigirá que busque (busquemos) empleo de forma permanente y activa para ser autosuficiente(s).  
 Comprendo (comprendemos) que como condición para la elegibilidad de WFNJ se me (nos) exigirá que me (nos) inscriba (inscribamos) para trabajar en New Jersey One Stop Career Center.

2. ¿Está usted dispuesto a trabajar? [ ] SÍ [ ] NO

3. Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
 (APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE) (APELLIDO DE SOLTERO)

4. Dirección de residencia: **El lugar en el que realmente vive:**

\_\_\_\_\_  
 (NÚMERO Y CALLE O RFD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

La dirección donde se envía su correo, si es diferente de la dirección de residencia que indicó anteriormente.

\_\_\_\_\_  
 (APARTADO POSTAL, NUMERO Y CALLE O RFD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Su número de teléfono: PARTICULAR ( ) \_\_\_\_\_ DEL TRABAJO ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR ( ) \_\_\_\_\_

5. Residencia en Nueva Jersey (NO CORRESPONDE A LOS FINES DE NJ SNAP)

**VERIFICACIÓN DE SU RESIDENCIA**

¿Planea continuar viviendo en Nueva Jersey? [ ] SÍ [ ] NO  
 Si su respuesta es "NO", EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

6. Puede autorizar a una persona (o a varias personas) que no viva con usted para que solicite NJ SNAP o GA en su nombre, que obtenga los beneficios de NJ SNAP o GA, o que utilice los beneficios de NJ SNAP utilice para comprar comida en su nombre. Si es elegible para los beneficios NJ SNAP, la persona que designa recibirá la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de FAMILIES FIRST que podrá utilizar para comprar comida en su nombre. Si desea designar a tal persona, complete la siguiente información:

Nombre del representante autorizado	Fecha de nacimiento	Dirección	SSN (Opcional)	Número de teléfono

**LAS PREGUNTAS 7 y 8 QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACIÓN SOLO SE APLICAN A LOS SOLICITANTES DE NJ SNAP**

7. Tiene derecho a presentar una solicitud para NJ SNAP de inmediato suministrando su nombre, dirección, firma y fecha de la firma. Si se resuelve que es elegible, sus beneficios se pagarán a partir de dicha fecha. (Si presenta una solicitud y proporciona toda la información necesaria sobre sus circunstancias y se decide que es elegible, puede obtener los beneficios de NJ SNAP dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que la oficina de NJ SNAP reciba su solicitud).

8. Si tiene un ingreso muy bajo y muy pocos recursos, puede ser elegible para beneficios acelerados (los cuales se reciben dentro de 7 días).  
**SUS RESPUESTAS A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DETERMINARÁN SI CALIFICA PARA ESTE SERVICIO:**

(a) ¿El total de los ingresos brutos mensuales de su hogar es inferior a \$150.00 y el total de los recursos líquidos (como dinero en efectivo o cuentas corrientes/cajas de ahorro) del hogar es de \$100.00 o menos? [ ] SÍ [ ] NO

(b) ¿La renta o la hipoteca mensual de su casa más los servicios es mayor al total de los ingresos brutos mensuales de su hogar más el total de los recursos líquidos? [ ] SÍ [ ] NO

(c) ¿Su hogar consiste en una familia de trabajadores migratorios o de trabajadores agrícolas estacionales, con poco o ningún ingreso? [ ] SÍ [ ] NO

**USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

**ELEGIBILIDAD CATEGÓRICA:**

¿Algún miembro de su hogar recibe asistencia pública (WFNJ) o SSI? [ ] SÍ [ ] NO

9. \_\_\_\_\_  
 (FIRMA DE LA PERSONA QUE INICIA LA SOLICITUD) (FECHA DE LA FIRMA)



Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento	Relación con el solicitante	Sexo (F) o (M)	Raza/origen étnico	Inmigrante legal y BCIS Estado	Estado civil	Grado y escuela	
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP MA
Nombre Inicial 2do nombre									
<b>Para uso de la oficina solamente</b>									
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP MA
Nombre Inicial 2do nombre									
<b>Para uso de la oficina solamente</b>									
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP MA
Nombre Inicial 2do nombre									
<b>Para uso de la oficina solamente</b>									
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP MA
Nombre Inicial 2do nombre									
<b>Para uso de la oficina solamente</b>									

11. Escriba los nombres de los inmigrantes/no ciudadanos de su hogar.

NOMBRE	FECHA DE INGRESO/PAÍS DE ORIGEN	N.º DE REGISTRO	NOMBRE DEL PATROCINADOR/REUBICACIÓN AGENCIA	PATROCINADOR/REUBICACIÓN DIRECCIÓN DE LA AGENCIA	FECHA SOLICITUD DE CIUDADANÍA	INGRESOS DEL PATROCINADOR

12. Enumere a las demás personas del hogar que no se enumeraron anteriormente (incluya a los inquilinos/huéspedes)

NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

12a. Indique a una persona como contacto de emergencia (solo para GA) \_\_\_\_\_.

N.º de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_.

13. Nombre de la mujer embarazada \_\_\_\_\_ Fecha prevista de parto \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Dirección del médico \_\_\_\_\_

14. ¿Cuál es idioma principal que se habla en su hogar? \_\_\_\_\_.

15. ¿Usted o algún miembro del hogar del solicitante recibe o ha recibido TANF en New Jersey o en algún otro estado o territorio, o Asistencia general (GA) en New Jersey desde el 2 de abril de 1997?			[ ] Sí [ ] No
Persona que recibe asistencia	Tipo de asistencia	¿Cuándo?	Proveedor de asistencia

16. ¿Es usted, o algún miembro de su hogar un criminal en fuga, o alguien que está infringiendo el régimen de libertad bajo palabra o libertad condicional impuesto por un tribunal federal o estatal?		[ ] Sí [ ] No
Criminal en fuga o infractor	En fuga	

17. ¿Usted o algún miembro de su hogar fue condenado por conseguir de manera fraudulenta beneficios en función de los ingresos en dos o más lugares al mismo tiempo?			[ ] Sí [ ] No
Persona condenada por fraude	¿Dónde ocurrió el fraude?	¿Cuándo?	¿Qué beneficios obtuvo?

18. Desde el 22 de agosto de 1996, ¿usted o algún miembro del hogar del solicitante fue condenado por posesión, uso o distribución de una sustancia controlada, lo que constituye un delito? <b>Solo se aplica a GA</b>			[ ] Sí [ ] No
Persona que cometió el delito	Tipo de delito	Dónde ocurrió el delito	

19. Si fue condenado por posesión o uso de una sustancia controlada, que es un delito imputable, ¿se inscribió y completó un programa de tratamiento con instalación residencial para el abuso de sustancias tóxicas, autorizado o aprobado por el Departamento de Servicios de Salud y Servicios para Ancianos?		[ ] Sí [ ] No
Persona que recibió el tratamiento	Instalación en donde se proporcionó el tratamiento	Fecha del tratamiento

19. a. Si no se inscribió ni completó un programa de tratamiento con instalación residencial para el abuso de sustancias tóxicas, autorizado o aprobado por el Departamento de Servicios de Salud y Servicios para Ancianos, ¿cuál fue el motivo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. ¿Alguno de los miembros del hogar renunció voluntariamente a un trabajo?

En los últimos 90 días para WFNJ [ ] SÍ [ ] NO Si la respuesta es SÍ, especifique de quién se trata. \_\_\_\_\_.

En los últimos 60 días para NJ SNAP [ ] SÍ [ ] NO Si la respuesta es SÍ, especifique de quién se trata. \_\_\_\_\_.

Si la respuesta es SÍ, ¿por qué? \_\_\_\_\_.

21. ¿Alguien en su hogar está haciendo huelga? [ ] SÍ [ ] NO

Si la respuesta es SÍ, especifique de quién se trata \_\_\_\_\_.

22. ¿Cuál fue la última fecha de empleo? \_\_\_\_\_.

22a. ¿Qué hizo desde su último empleo? \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

23. Solo a los fines de WFNJ, enumere todos los empleos de los últimos 3 años de cada una de las personas que solicitan asistencia, comenzando por el más reciente.

Nombre	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Fecha de inicio	Fecha de finalización

24. ¿Algún miembro del hogar del solicitante espera algún cambio en las circunstancias en un futuro cercano, como un cambio en sus ingresos, en el tamaño de la vivienda, en la residencia, en los gastos de vivienda o la compra o venta de un automóvil?  
 SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", indique qué cambio: \_\_\_\_\_.

25. **INGRESOS EN CONCEPTO DE SALARIO:** ¿Recibe usted o alguna de las personas que viven con usted dinero por un trabajo, cuidado de niños, su propio negocio, trabajos ocasionales, ventas o cualquier otro ingreso en concepto de salario?  
 SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", provea la siguiente información de cada persona:

APELLIDO NOMBRE			
HORAS POR SEMANA			
FRECUENCIA DE PAGO			
NOMBRE DEL EMPLEADOR Y DIRECCIÓN, O "INDEPENDIENTE" SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA			
PAGO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES DE PAGO) CANTIDADES EN BRUTO Y FECHAS	FECHA	CANTIDAD	FECHA CANTIDAD

26. **CUIDADO INFANTIL/DE ADULTOS:** ¿Alguien incluido en su asistencia social o en su hogar NJ SNAP pagó por cuidado infantil o cuidado de adultos debido a un trabajo, asistencia a la escuela o búsqueda de empleo?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", ¿a quién se cuidaba? (Enumere a continuación)

NOMBRE DEL NIÑO/ADULTO	CUIDADO BRINDADO POR (PERSONA)	DÍAS POR SEMANA	TARIFA POR HORA	CANTIDAD TOTAL DE DÍAS	CANTIDAD PAGADA/QUIÉN PAGÓ REAL

**VERIFICACIONES**

**27. PENSIÓN INFANTIL:** ¿Está obligado por ley a pagar o proveer una pensión infantil para un niño que vive fuera de su casa?

SÍ  NO

Si la respuesta es "SÍ", complete la siguiente información: (incluya los pagos atrasados de la pensión infantil, si está obligado por ley a pagarla).

A QUIÉN	DIRECCIÓN	EDAD DEL NIÑO	CANTIDAD MENSUAL PAGADA/ PROPORCIONADA	NÚMERO DE ORDEN JUDICIAL

**28. SEGURO DE SALUD:** ¿Quién recibe la cobertura del seguro de salud? **SI NO TIENE, MARQUE AQUÍ ( ).**

APELLIDO, NOMBRE	COMPañIA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	TITULA DE PÓLIZA

**29.** ¿Tiene cobertura de seguro de salud o médica a través de un cónyuge ausente?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", especifique qué seguro: \_\_\_\_\_.

**30.** ¿Los niños para los cuales usted presenta la solicitud tienen cobertura de seguro de salud o médica a través de un padre ausente?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", especifique qué seguro y para quién: \_\_\_\_\_.

**31.** ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar solicitaron otros programas de Medicaid? Si la respuesta es "SÍ", especifique qué programa: \_\_\_\_\_ . Fecha en que lo solicitó \_\_\_\_\_.

**32. OTROS INGRESOS:** ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su asistencia social o en su hogar NJ SNAP (incluidos padrastros) recibe o solicitó alguna de las siguientes ayudas: SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ **SI LA RESPUESTA ES "SÍ", MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDA.**

Seguro de desempleo	Ingresos por alquiler de propiedades	Compensación para trabajadores
Beneficios para veteranos	Ingresos por inquilinos y/o alquileres	Beneficios gremiales/de pensión
Seguridad Social/Retiro Ferroviario	Ingresos provenientes de familiares, amigos, alojamientos o gremios	Pensión Infantil
Ingreso suplementario del Seguro Social (SSI)	Reintegro del impuesto sobre la renta o crédito por ingreso en concepto de salario	Cheque de asignación para miembros del ejército
Pagos por discapacidad	Pagos para hogares de crianza	Asistencia general
Adopción subsidiada	Fondo fiduciario	Asignación para capacitación
Interés/dividendos de acciones, bonos, cuentas bancarias, etc.	Pagos de sumas globales (de dinero de beneficios retroactivos obtenidos por demandas, etc.)	Préstamos estudiantiles, subsidios, becas o estipendios
Beneficios de renta vitalicia (incluidos dividendos del seguro de vida)	Ingresos de suma global, premios o regalos	Programa de Apoyo Laboral Suplementario
Ayuda de la DCP&P para la permanencia de un familiar que proporciona cuidado	Programas de subsidios de la DCP&P para la tutela legal	Otros ingresos, como cuota alimenticia (especifique):

Proporcione la siguiente información para los puntos seleccionados anteriormente:

Apellido, Nombre	Fuente de ingresos	Fechas de recepción	Cantidad total

**VERIFICACIONES**

**33. RECURSOS: (No se aplica a los hogares NJ SNAP que no sean elegibles para la elegibilidad categórica ampliada)** ¿Usted o alguna de las personas que vive con usted tiene dinero en efectivo, cuentas de cheques, cajas de ahorro, acciones, bonos, certificados de depósito (CD), IRA/Keogh, fondos mutuos, fondos fiduciarios, bonos de ahorros de los Estados Unidos, cuentas de ahorros para Navidad/vacaciones o de otros clubes, membresía de una cooperativa de ahorros, dinero u objetos de valor en una caja de seguridad, pagarés o contratos de valor, propiedad de hipotecas u otros recursos?  **SÍ**  **NO**

Persona que posee el recurso	¿Cuál es el recurso?	¿Dónde está el recurso?	¿Cuánto vale el recurso?

**VERIFICACIONES**

**34.** Enumere todos los vehículos que poseen las personas del hogar solicitante. Incluya todos los tipos de transporte, como automóviles, camionetas, remolques, camiones, caravanas, casas rodantes, motocicletas, embarcaciones, etc. **SI NO TIENE NINGUNO, MARQUE AQUÍ ( ).**

Nombre del propietario	Modelo/Estilo	Año/Marca	Uso	Valor en Kelley Blue Book

**35.** ¿Posee usted, o cualquiera de las personas que viven con usted, otro terreno o propiedad además de la casa en la que viven?  **SÍ**  **NO**

Si la respuesta es “**SÍ**”, explique: \_\_\_\_\_

36. ¿Alguna persona intercambió, regaló, transfirió o vendió bienes muebles o inmuebles (incluidas acciones):						
A los fines de TANF y GA durante los últimos 12 meses?					<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	
A los fines de NJ SNAP durante los últimos 3 meses?					<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	
¿Qué se vendió, regaló, etc.?	¿Quién lo vendió, regaló, etc.?	¿A quién se lo vendió, regaló, etc.?	¿Cuál es la fecha de venta o regalo?	Valor total de mercado	Cantidad recibida	

**37.** ¿Usted o alguna persona incluida en el hogar del solicitante tiene reclamos pendientes, como demandas, procesos de divorcio, herencias, demandas por accidentes, venta de propiedades u otros reclamos, o bien, alguien le debe dinero?  **SÍ**  **NO**

Si la respuesta es “**SÍ**”, explique: \_\_\_\_\_

**FECHA EN QUE SE COMPLETÓ WFNJ-10D** \_\_\_\_\_ **(No se aplica a quienes solo son clientes de NJ SNAP)**

**38.** ¿Alguna persona del hogar solicitante tiene: **(no se aplica para NJ SNAP)**

**(a)** Posesión parcial o total de bienes muebles valiosos, como joyas, colecciones de monedas/estampillas, pieles, etc.?  **SÍ**  **NO** Si la respuesta es “**SÍ**”, explique: \_\_\_\_\_

**(b)** Una parcela en un cementerio o un acuerdo funerario?  **SÍ**  **NO**  
Si la respuesta es “**SÍ**”, indique el **VALOR**: \_\_\_\_\_

**NJ SNAP Y GA**

**INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA:** Para ser completado si el hogar solicita la participación en el programa NJ SNAP o GA.

**39. ¿Alguna persona que no vive en el hogar paga o ayuda a pagar algún gasto del hogar? [ ] SÍ [ ] NO**

Si la respuesta es "SÍ", complete la información que se encuentra a continuación:

TIPO DE GASTO DE VIVIENDA	A QUIÉN SE PAGÓ	PAGADO POR	CANTIDAD PAGADA	FRECUENCIA DE FACTURACIÓN

**40. COSTOS DE VIVIENDA** (Enumere los gastos del hogar para los siguientes conceptos:)

GASTOS DE VIVIENDA			PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
CANTIDAD PAGADA	FRECUENCIA DE FACTURACIÓN	COSTO MENSUAL	
Alquiler/hipoteca	\$	\$	Si se utiliza HCSUA
Impuestos sobre la propiedad	\$	\$	
Seguro de la vivienda	\$	\$	
SUBTOTAL EN VIVIENDA		\$	
Electricidad	\$	\$	HCSUA
Gas	\$	\$	
Combustible	\$	\$	
Agua	\$	\$	
Alcantarillado	\$	\$	
Recolección de basura	\$	\$	
Costo de instalación de servicios públicos	\$	\$	
Otro (carbón, madera, querosén)	\$	\$	
SUBTOTAL EN SERVICIOS PÚBLICOS		\$	
41A. ¿Paga por servicios de calefacción o refrigeración de su casa (aparte del alquiler)? [ ] SÍ [ ] NO			
41B. Si su hogar debe pagar otros servicios públicos además del agua, el alcantarillado y la recolección de residuos, entonces su hogar puede calificar para optar por recibir el subsidio estándar para servicios públicos o para servicios de calefacción.			\$
			<b>MENSUAL . TOTAL. VIVIENDA</b> <b>FECHA DE LA OPCIÓN SELECCIONADA</b>

**42. EXCESOS EN COSTOS MÉDICOS**

¿Alguna persona de su hogar tiene 60 años de edad o más, o bien, tiene la certificación del Programa Federal de Ingreso Suplementario del Seguro Social Federal (SSI), el Seguro por Discapacidad del Seguro Social o los beneficios para veteranos? [ ] SÍ [ ] NO Si la respuesta es "SÍ", complete la siguiente información. Si la respuesta es "NO", continúe en la página 9. Los gastos médicos pueden incluir los montos que se facturaron, aunque usted realmente no haya pagado la factura médica.

				PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
Además de los gastos médicos habituales, enumere aquellos servicios médicos adicionales que necesitó.	Cantidad pagada	Frecuencia de facturación	Total mensual	VERIFICACIÓN DE RECIBO DE SSI
Servicios médicos y odontológicos	\$		\$	PARTE FEDERAL
Cuidado hospitalario o de enfermería	\$		\$	
Medicamentos recetados por un médico	\$		\$	
Dentaduras postizas, audífonos y anteojos	\$		\$	
Costos de transporte para recibir atención médica	\$		\$	
Servicios de un asistente o enfermero	\$		\$	
Otro (explique)	\$		\$	
42A. Enumere los nombres de los miembros del hogar que realizan estos gastos:			TOTAL	



**42B.** ¿A alguno de los gastos médicos que enumeró anteriormente los paga total o parcialmente, o bien, los reembolsa otra fuente fuera de su hogar, como un seguro médico, Medicare, PAAD u otra persona?

**SÍ**  **NO** Si la respuesta es "**SÍ**", ¿qué gastos paga? ¿Cuánto paga?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

INSCRIPCIÓN PARA TRABAJAR EN NJ SNAP O WORK FIRST NEW JERSEY

NOMBRES (TODAS LAS PERSONAS MAYORES DE 16 AÑOS)	CÓDIGO DE EXENCIÓN DE WFNJ	FECHA OBLIGATORIA DE	FECHA VOLUNTARIA DE	FECHA DE REFERENCIA	CÓDIGO DE EXENCIÓN DE TRABAJO DE NJ SNAP	FECHA DE REG.

**43. FAMILIARES LEGALMENTE RESPONSABLES (ESTO SOLO CORRESPONDE A LOS FINES DE MEDICAID)**

Proporcione el nombre de su cónyuge si NO vive en el hogar. Proporcione los nombres de todas las personas menores de 55 años para quienes NO se solicita asistencia. Si usted es menor de 18 años, escriba el nombre de sus padres.

NOMBRE	DIRECCIÓN	RELACIÓN	EDAD

**44. ASISTENCIA PARA LA ENERGÍA EN HOGARES**

Su respuesta a la siguiente pregunta se utilizará para determinar su elegibilidad en cuanto a recibir la asistencia de energía para el hogar (HEA) y la cantidad de beneficios de HEA. Utilice la lista que se encuentra a continuación para indicar la opción que mejor describa la situación de su vivienda/calefacción.

- Otras personas pagan mis gastos de calefacción. **(A)**
- Una autoridad de vivienda pública me brinda el servicio de calefacción o recibo un subsidio al alquiler y la calefacción está incluida en el alquiler. **(C)**
- Solo pago por una fuente calefacción secundaria (como una cocina a leña, un calentador a querosén, un calentador ambiental eléctrico, etc.). **(E)**
- Comparto los gastos de calefacción con otras personas. **(F)**
- La calefacción está incluida en el alquiler, que no está subsidiado. **(G)**

**CÓDIGO HEA:** \_\_\_\_\_

Pago al arrendador un cargo por separado por la calefacción. **(W)**

Pago a mi proveedor de combustible directamente por la fuente principal de calefacción de mi casa o apartamento. Mi fuente de calefacción es:

- Combustible **(J)**
- Electricidad **(K)**
- Gas envasado **(L)**
- Querosén **(M)**
- Gas natural **(N)**
- Carbón **(P)**
- Leña **(R)**
- No deseo recibir beneficios de HEA. **(T)**

**AVISO IMPORTANTE**

LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ESTARÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR PARTE DE FUNCIONARIOS FEDERALES, ESTATALES O DEL CONDADO. SI SE DESCUBRE QUE BRINDÓ INFORMACIÓN INCORRECTA, ES POSIBLE QUE SE LE NIEGUEN LOS BENEFICIOS DE NJ SNAP O QUE SE LO SOMETA A UN PROCESO CRIMINAL POR PROPORCIONAR DELIBERADAMENTE INFORMACIÓN FALSA.

Con el fin de cumplir con la norma federal 45 CFR 206.10(a)(iii) y 7 CFR 273.2(b), le notificamos que la información sobre ingresos y elegibilidad para BCIS, agencias de pensiones infantiles estatales y locales, expedientes de beneficios y pagos de Seguro Social, y expedientes de desempleo y pagos estatales será obtenida mediante su número de Seguro Social y se utilizará para determinar si todavía es elegible. Esto puede significar que contactemos a su empleador, banco u otros terceros.

LAS SANCIONES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN SE APLICAN A:

CUALQUIER BENEFICIARIO DE NJ SNAP QUE VIOLE DE MANERA INTENCIONAL CUALQUIERA DE LAS NORMAS ENUMERADAS EN LA SOLICITUD; O

CUALQUIER PERSONA QUE SOLICITE O RECIBA LOS BENEFICIOS DE NJ SNAP QUE NO LE CORRESPONDEN PORQUE DELIBERADAMENTE:

REALIZÓ UNA DECLARACIÓN FALSA O DISTORSIONADA.

OCULTÓ U OMITIÓ DATOS.

- REALIZÓ CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA UNA VIOLACIÓN DE LA LEY DE CUPONES DE ALIMENTOS, LAS REGULACIONES DEL PROGRAMA DE NJ SNAP O CUALQUIER LEY ESTATAL RELACIONADA CON EL USO, LA PRESENTACIÓN, LA TRANSFERENCIA, LA ADQUISICIÓN, LA RECEPCIÓN O LA POSESIÓN DE BENEFICIOS DE NJ SNAP O DISPOSITIVOS DE ACCESO (COMO LAS TARJETAS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT) DE FAMILIES FIRST) .

**SANCIONES**

LAS SANCIONES POR VIOLAR DE MANERA INTENCIONAL LAS NORMAS DEL PROGRAMA NJ SNAP INCLUYEN UNA DESCALIFICACIÓN PARA PARTICIPAR EN NJ SNAP DURANTE LOS SIGUIENTES PERÍODOS:

- 12 MESES por la primera falta;
- 24 MESES por la segunda falta O la primera condena judicial por intercambiar beneficios de SNAP por una sustancia controlada;
- 10 AÑOS por mentir o tergiversar información sobre la identidad o a residencia de una persona a fin de recibir varios beneficios del SNAP en forma simultánea;
- DE MANERA PERMANENTE por una tercera falta O una segunda condena judicial por intercambiar beneficios de SNAP por una sustancia controlada; O una condena judicial por vender/intercambiar beneficios de SNAP por el valor de \$500 o más; O una condena judicial por intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos.

\*\*LA CORTE PODRÍA IMPONER UN PERÍODO ADICIONAL DE 18 MESES DE SUSPENSIÓN (CONSECUTIVO A ESTE PERÍODO) PARA CUALQUIER PERSONA QUE HAYA SIDO CONDENADA POR UN DELITO O VIOLACIÓN MENOR.

SE PODRÍA APLICAR AL INFRACTOR UNA MULTA DE HASTA \$250,000, ENCARCELAMIENTO POR HASTA 20 AÑOS O AMBOS, Y PODRÍA ESTAR SUJETO A ACCIONES JUDICIALES SEGÚN OTRAS LEYES FEDERALES APLICABLES.

ADEMÁS, LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR TENDRÁN QUE REEMBOLSAR TODOS LOS BENEFICIOS DE NJ SNAP QUE ESE HOGAR HAYA RECIBIDO Y A LOS QUE NO TENÍA DERECHO.

P.L. 103-66 Y 104-193 ESTABLECEN SANCIONES PARA INDIVIDUOS A QUIENES UN TRIBUNAL ESTATAL, FEDERAL O LOCAL ENCUESTRA CULPABLES DE:

- 1) EL INTERCAMBIO DE BENEFICIOS DE NJ SNAP POR ARMAS DE FUEGO, MUNICIONES, EXPLOSIVOS O SUSTANCIAS CONTROLADAS; O
- 2) EL USO, LA TRANSFERENCIA, LA ADQUISICIÓN O LA POSESIÓN DE BENEFICIOS DE NJ SNAP MEDIANTE EL USO DE TARJETAS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE EBT DE FAMILIES FIRST O LA PRESENTACIÓN DE BENEFICIOS DE NJ SNAP A MODO DE PAGO, SABIENDO QUE ESTOS SE HAN OBTENIDO O TRANSFERIDO DE MANERA FRAUDULENTE, SI EL VALOR ES DE \$500 O SUPERIOR.

**ADVERTENCIA DE SANCIONES**

NO dé información falsa ni omita información con el objetivo de solicitar, recibir o seguir recibiendo los beneficios de NJ SNAP.

NO regale ni venda sus beneficios de NJ SNAP ni su acceso mediante tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de FAMILIES FIRST a personas que no estén autorizadas para usarlas en nombre de su hogar.

NO use sus beneficios de NJ SNAP para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas o tabaco, ni tampoco para pagar alimentos que se compren a crédito.

NO use beneficios de NJ SNAP a los que los miembros de su hogar no tengan derecho.

NO engañe ni participe en ningún acto deshonesto para obtener beneficios de NJ SNAP a los que los miembros de su hogar no tengan derecho.

NO transfiera recursos a un miembro que no pertenece a su hogar con el objetivo de solicitar y recibir beneficios de NJ SNAP.

Comprendo las preguntas que se incluyen en esta solicitud. Mis respuestas están completas y son correctas, a mi leal saber y entender. Comprendo que debo asistir a una entrevista y debo cooperar con la oficina de NJ SNAP. Comprendo la advertencia de sanciones. Comprendo que existe la posibilidad de que tenga que proporcionar documentos para comprobar lo que he dicho. Estoy de acuerdo con hacerlo. Si los documentos no se encuentran disponibles, acepto proporcionar a la oficina de NJ SNAP el nombre de una persona u organización con la que pueda contactarse para obtener las pruebas necesarias. Comprendo que si no he declarado ningún ingreso en concepto de salario, debo declarar cualquier cambio en el ingreso no salarial de más de \$50.00, o bien, el recibo de ingresos en concepto de salario dentro de los 10 días posteriores a la fecha de mi primer cheque de pago. Comprendo que si no tengo ningún ingreso en concepto de salario, debo declarar todo cambio en la composición de mi hogar (incluida la condición de estudiante), cambios de residencia y los cambios resultantes en los costos de vivienda, cambios en mi obligación legal de pagar o proporcionar pensión infantil, cambios en la cantidad que proporciono como pensión infantil si tengo un registro de menos de 3 meses de pago de esta y si el cambio es mayor que \$50.00, la compra de un vehículo o un incremento en los recursos de mi hogar (cuenta de cheques y caja de ahorros, dinero en efectivo en mano, acciones o pagos de sumas globales, toda suma en efectivo que derive de la venta o el cambio de un vehículo) si alcanza o supera mi límite máximo de recursos. Comprendo que si declaro ingresos en concepto de salario o estoy dentro de los seis meses posteriores a una declaración, solo se me exige declarar un cambio en mi ingreso mensual total que supere el 130 % del límite del nivel de pobreza federal. Mi trabajador social me proporcionará un aviso con tal límite. También comprendo que puedo solicitar una audiencia imparcial sobre la decisión tomada con respecto a mi solicitud para obtener los beneficios de NJ SNAP. Si necesito más información sobre los beneficios de NJ SNAP, puedo comunicarme con la oficina de NJ SNAP del condado.

Comprendo que yo o mi representante podemos solicitar una audiencia imparcial, ya sea en forma oral o por escrito, si no estoy de acuerdo con alguna acción llevada a cabo en relación a mi caso. Cualquier persona que yo elija puede presentar mi caso en la audiencia.

**EMPLEO OBLIGATORIO DE NJ SNAP Y CAPACITACIÓN DE LOS PARTICIPANTES**

Ciertos miembros de un hogar NJ SNAP, a menos que se especifique lo contrario, deben registrarse y participar en actividades de capacitación y empleo. Los interesados obligatorios que no cumplan con los requisitos de trabajo estarán sujetos a las siguientes sanciones:

- 1) La 1.ª violación tiene como consecuencia una descalificación mínima de 1 mes;
- 2) La 2.ª violación tiene como consecuencia una descalificación mínima de 3 meses;
- 3) La 3.ª violación y las posteriores tienen como consecuencia una descalificación mínima de 6 meses.

**ESTADO DE CIUDADANO/INMIGRANTE LEGAL EN LOS EE. UU. (DESTINADO A WFNJ, MEDICAID Y PROGRAMA NJ SNAP)**

Toda persona que no sea un ciudadano de los Estados Unidos tendrá que presentar en la oficina de la Agencia de Bienestar Social del condado la documentación de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (BCIS) u otros documentos que la agencia estatal determine que sirvan como prueba de su estado de inmigración. El estado de inmigración puede estar sujeto a verificación de la BCIS, lo que requerirá el envío de cierta información de este formulario de solicitud a la BCIS. La información que recibamos de la BCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y los niveles de sus beneficios. Usted debe certificar que cada miembro de su hogar es un ciudadano de los Estados Unidos o está viviendo en los Estados Unidos con estado de inmigrante legal.

**LEA LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ANTES DE FIRMAR. SI NO ENTIENDE O TIENE ALGUNA INQUIETUD, NO DUDE EN PREGUNTAR.**

- ❖ Yo (nosotros) confirmo (confirmamos) que toda la información suministrada en este formulario es veraz y correcta, a mi (nuestro) leal saber y entender. Yo (nosotros) sé (sabemos) que mentir acerca de mi (nuestra) situación, retener información necesaria o hacer que otros retengan información va en detrimento de la ley y puede hacer que yo (nosotros) sea (seamos) llevado(s) a juicio.
- ❖ Entiendo (entendemos) que cualquier información que dé (demos) está sujeta a verificación por parte de la Agencia de Bienestar Social del condado, la División de Desarrollo Familiar o la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud.
- ❖ Autorizo (autorizamos) por el presente a la Agencia de Bienestar Social del condado, la División de Desarrollo Familiar o la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud a contactar a cualquier persona u otra fuente que pueda tener conocimiento sobre mi (nuestras) circunstancias (incluidos el IRS, las agencias de pensión infantil locales y estatales, los expedientes de beneficios y pagos de Seguro Social, los expedientes de desempleo y pagos estatales, los servicios de declaración de créditos, así como también empleadores, bancos u otros terceros) con el único propósito de verificar las declaraciones que yo (nosotros) haya (hayamos) realizado. Entiendo (entendemos) que cualquier información de ingresos o elegibilidad obtenida se utilizará para determinar si continúo (continuamos) siendo elegible(s).
- ❖ Entiendo (entendemos) que, de acuerdo con la ley Work First New Jersey, Ley Pública 1997 c.13, c.14, c.37 y c.38, la solicitud para asistencia pública incluirá a todos los miembros futuros de la unidad presupuestada, cuya inclusión se exige, ya sea por nacimiento, adopción o comienzo de convivencia en la unidad presupuestada luego de la fecha de la solicitud original.
- ❖ Sé (sabemos) que cualquier información que dé (demos) será utilizada en conexión con mi (nuestra) solicitud de asistencia pública (incluido Medicaid), beneficios de NJ SNAP, beneficios de asistencia de energía para el hogar, beneficios del fondo para servicios universales y otros beneficios para los que pueda ser elegible.
- ❖ Entiendo (entendemos) que si esta solicitud es aceptada para la categoría WFNJ, yo (nosotros) y todos los miembros de mi (nuestra) familia estaremos inscritos en el New Jersey One Stop Career Center y es posible que se nos exija participar en actividades de educación, capacitación, orientación vocacional y colocación laboral.
- ❖ Entiendo (entendemos) que todos los pagos de asistencia de energía para el hogar están sujetos a la disponibilidad de fondos federales.
- ❖ Entiendo (entendemos) que todos los pagos hechos en concepto de asistencia de energía para el hogar deben ser utilizados para la compra de energía para calefacción o refrigeración.
- ❖ He (hemos) recibido y se me (nos) ha explicado, cuando fue necesario, toda la información relacionada con mis (nuestros) derechos y responsabilidades. (Consulte el manual de WFNJ).
- ❖ Estoy (estamos) de acuerdo con notificar de inmediato a la Agencia de Bienestar Social del condado cualquier cambio en las condiciones de vida, situación familiar o dinero recibido (excepto los ingresos recibidos sujetos a los requisitos de la declaración cada seis meses) de cualquier fuente, cuando corresponda. (Consulte el manual de WFNJ).
- ❖ Entiendo (entendemos) que yo (nosotros) o mi (nuestro) representante podemos solicitar una audiencia imparcial, ya sea en forma oral o por escrito, si no estoy (estamos) de acuerdo con alguna acción llevada a cabo por la Agencia de Bienestar Social del condado. Cualquier persona que yo (nosotros) elija (elijamos) puede presentar mi (nuestro) caso en la audiencia.
- ❖ Entiendo (entendemos) que al firmar esta solicitud solamente para obtener los beneficios de WFNJ y Medicaid, le asigno (asignamos) a la Agencia de Bienestar Social del condado cualquier derecho para brindar apoyo, incluidos cualquier pago atrasado que se haya acumulado, adeudado a cualquier persona por mí o cualquier miembro de mi familia por los que estoy (estamos) solicitando o recibiendo ayuda.
- ❖ Entiendo (entendemos) que como condición para la elegibilidad para Medicaid se estima que yo (nosotros) he (hemos) asignado al Comisionado cualquier derecho a brindar apoyo con el fin de obtener atención médica si así lo determina un tribunal o una orden administrativa y cualquier derecho de pago de atención médica de cualquier tercero.

\*De conformidad con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), y del Departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS), esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Según la Ley de Cupones de Alimentos y la política del USDA, también está prohibida la discriminación por identidad sexual, religión, represalias, estado civil, estatus familiar de los padres, orientación sexual, recepción de asistencia pública, información genética o ideología política. Los formularios de reclamos por discriminación se pueden obtener en línea en [www.ascr.usda.gov/complain\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html), en cualquier oficina del USDA o por teléfono (866) 632-9992. Las personas sordas, con deficiencias auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (español). También puede escribir una carta donde se incluya toda la información solicitada en el formulario. Las cartas o los formularios de reclamos completos se pueden enviar:

HHS, Director  
Office for Civil Rights, Room 515-F  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
Voz (202) 619-0403 / TTY (800) 537-7697

US Department of Agriculture  
Director, Office of Adjudication  
1400 Independence Ave. SW  
Washington, D.C. 20250- 9410  
Fax (202) 690-7447  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Office of the Director  
Division of Family Development  
New Jersey Department of Human Services  
P.O. Box 716  
Trenton, New Jersey 08625

**COMPLETE ESTE CAMPO ANTES DE FIRMAR**

HE (HEMOS) leído los avisos importantes de la página 10 de este formulario referentes a las advertencias de sanciones de NJ SNAP y el estado de ciudadano/inmigrante legal.  SÍ  NO

- ❖ Doy (damos) fe de que he (hemos) leído y estoy (estamos) de acuerdo con estas declaraciones y comprendo (comprendemos) plenamente que la Agencia de Bienestar Social confía en la veracidad y exactitud de mi (nuestras) declaraciones.
- ❖ Certifico (certificamos), bajo pena de perjurio, mediante mi (nuestra) firma(s) a continuación, que yo (nosotros) y todos los miembros del hogar para los que estoy (estamos) solicitando los beneficios de NJ SNAP soy (somos) ciudadanos de los Estados Unidos o inmigrantes legales.
- ❖ Certifico (certificamos) bajo pena de perjurio que mi (nuestras) respuestas sobre la solicitud para el programa NJ SNAP o el programa WFNJ son correctas y están completas, a mi (nuestro) leal saber y entender.
- ❖ El representante de la agencia me (nos) ha brindado orientación sobre los requisitos de trabajo para WFNJ, si corresponde.

Firma del solicitante

Fecha

**FECHA EN QUE EL DOCUMENTO FUE JURADO Y SUBSCRITO ANTE MÍ**

El \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ 2\_\_\_\_\_

Firma del co-solicitante

Fecha

(Representante de la agencia)

## **AVISO IMPORTANTE EXENCIÓN DE DEDUCCIÓN DE INGRESO DE NJ SNAP**

**SI NO PUEDE INFORMAR O VERIFICAR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES GASTOS QUE ESTÁ PAGANDO USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR, CONSIDERAREMOS QUE NO DESEA RECIBIR UNA DEDUCCIÓN DE INGRESO PARA ESTOS GASTOS NO INFORMADOS.**

- **LOS GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES, SI ESTÁ PAGANDO EL CUIDADO DE UN NIÑO U OTRO DEPENDIENTE, DE MANERA QUE UN MIEMBRO DEL HOGAR PUEDA TRABAJAR, BUSCAR TRABAJO O ASISTIR A CAPACITACIONES O CLASES DE FORMACIÓN CON EL FIN DE PREPARARSE PARA UN EMPLEO;**
- **UN GASTO MÉDICO U ODONTOLÓGICO NO REEMBOLSADO, INCLUIDOS MEDICAMENTOS RECETADOS, SEGURO DE SALUD U HOSPITALIZACIÓN, ANTEOJOS O CUIDADO DE UN ASISTENTE;**
- **EL PAGO DE UNA PENSIÓN INFANTIL QUE ESTÁ REALIZANDO UN MIEMBRO DEL HOGAR POR OBLIGACIÓN LEGAL, INCLUIDOS LOS PAGOS ATRASADOS; O**
- **UN GASTO DE VIVIENDA, COMO EL ALQUILER, LOS SERVICIOS (INCLUIDOS LOS GASTOS DE INSTALACIÓN), IMPUESTOS SOBRE LA PROPIEDAD, SEGURO DE PROPIETARIO Y GASTOS DE REPARACIONES DEL HOGAR DEBIDO A UN DESASTRE NATURAL.**

AUNQUE NO NOS INFORME (NI VERIFIQUE) QUE ESTÁ REALIZANDO UNO DE ESTOS GASTOS CUANDO SOLICITA NJ SNAP, PUEDE RECIBIR UNA DEDUCCIÓN DE INGRESO MÁS ADELANTE SI NOS INFORMA (O VERIFICA) QUE ESTÁ PAGANDO UNO DE ESTOS GASTOS. LA DEDUCCIÓN NO SE APLICARÁ RETROACTIVAMENTE A AQUELLOS MESES EN QUE NO INFORMÓ QUE ESTABA PAGANDO ESTOS GASTOS.

**FIRMA DEL JEFE DEL HOGAR**

---

**FECHA DE HOY**

---