

OFFICE USE ONLY			
IM Worker _____	Date _____	Case Number _____	
IM Supervisor _____	Date _____	Related Case Number(s) _____	
TANF Status: ( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR	Date Registered _____		
<b>CATEGORICAL ELIGIBILITY:</b>			
Does everyone in the household receive Public Assistance (WFNJ) or SSI? [ ] YES [ ] NO			

**SECCIÓN I**

SOLICITANTE: complete cuidadosa y precisamente este formulario con un bolígrafo. SI NO ESTÁ SEGURO DE CÓMO RESPONDER ALGUNA PREGUNTA, DEJE EL ESPACIO EN BLANCO. Si tiene alguna pregunta, consulte con el trabajador de bienestar del condado.

**NO ESCRIBA EN LOS RECUADROS SOMBRADOS**

1. ¿En qué programa(s) desea inscribirse o volver a inscribirse?
- ( ) PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES, TANF) ( ) ASISTENCIA GENERAL (GENERAL ASSISTANCE, GA) ( ) PROGRAMA NJ SNAP
- ( ) ASISTENCIA DE EMERGENCIA ( ) PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA LA ATENCIÓN DE FAMILIARES

Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que a modo de condición de elegibilidad para WFNJ, se me (nos) exigirá buscar empleo de forma activa y continua para poder tener un ingreso y ser autosuficiente(s).  
Entiendo (entendemos) que a modo de condición de elegibilidad para WFNJ, se me (nos) exigirá que me (nos) registre (registremos) para trabajar en el One Stop Career Center de New Jersey.

2. ¿Está dispuesto a trabajar? [ ] SÍ [ ] NO
3. Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_
- (APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE) (APELLIDO DE SOLTERA)

4. Dirección de residencia: **el lugar en el que realmente vive:**
- \_\_\_\_\_  
(NÚMERO Y CALLE O RFD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)
- Dirección dónde recibe su correo postal, si esta es distinta de la dirección de residencia antes mencionada.
- \_\_\_\_\_  
(APARTADO POSTAL, DIRECCIÓN O RFD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Número de teléfono: PARTICULAR ( ) \_\_\_\_\_ LABORAL ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR ( ) \_\_\_\_\_

5. Residencia en New Jersey (NO SE APLICA PARA LOS FINES DEL PROGRAMA NJ SNAP)

<b>VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA</b>
-----------------------------------

¿Piensa seguir viviendo en New Jersey? [ ] SÍ [ ] NO  
Si la respuesta es "NO", EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

6. Puede autorizar a una persona(s) que no viva(n) en su hogar para que solicite(n) un Programa NJ SNAP o GA por usted, para que obtenga los beneficios del Programa NJ SNAP o de GA, o para aprovechar los beneficios del Programa NJ SNAP para comprar alimentos por usted. Si es elegible para recibir los beneficios de NJ SNAP, el individuo al que designe recibirá una tarjeta EBT de FAMILIES FIRST que podrá utilizar para comprar alimentos para usted. Si desea designar a una persona para esto, complete la siguiente información:

Nombre del representante autorizado	Fecha de nacimiento	Dirección	Número de Seguro Social (opcional)	N.º de teléfono

**PREGUNTAS 7 Y 8 A CONTINUACIÓN: SOLO PARA LOS SOLICITANTES DE NJ SNAP**

7. Usted tiene derecho a presentar una solicitud para obtener NJ SNAP de inmediato al proporcionar su nombre, dirección, firma y fecha de la firma. Si se determina que usted es elegible, se le pagarán los beneficios desde esa fecha. (Si presenta una solicitud y proporciona toda la información necesaria sobre sus circunstancias y se determina que es elegible, recibirá NJ SNAP en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la oficina de NJ SNAP reciba su solicitud).

8. Si sus ingresos y recursos son muy escasos, es posible que sea elegible para recibir beneficios de forma acelerada (los recibirá dentro de 7 días). **LAS RESPUESTAS QUE PROPORCIONE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DETERMINARÁN SI USTED CALIFICA PARA ESTE SERVICIO:**

- (a) ¿Los ingresos brutos totales mensuales de su hogar son menores que \$150.00 y los recursos líquidos totales (como efectivo o cuentas corrientes/de ahorros) del hogar son de \$100.00 o menos? [ ] SÍ [ ] NO
- (b) ¿El alquiler o la hipoteca mensual de su hogar más los servicios públicos representan un total mayor al de sus ingresos brutos mensuales más los recursos líquidos totales de su hogar? [ ] SÍ [ ] NO
- (c) ¿Su hogar es una casa de inmigrantes o de trabajo agrícola de temporada sin ingresos o con ingresos muy escasos? [ ] SÍ [ ] NO

9. \_\_\_\_\_

(FIRMA DE LA PERSONA QUE INICIA LA SOLICITUD) (FECHA DE LA FIRMA)



Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento <hr/> Lugar de nacimiento	Relación con el solicitante	Sexo (F) o (M)	Raza/Origen étnico	Estado de inmigrante legal y para la BCIS	Estado civil	Grado y escuela	
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP
Nombre inicial del segundo nombre									
<b>For Office Use Only</b>									
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP
Nombre inicial del segundo nombre									
<b>For Office Use Only</b>									
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP
Nombre inicial del segundo nombre									
<b>For Office Use Only</b>									
Otro solicitante									PA
Apellido									NJ SNAP
Nombre inicial del segundo nombre									
<b>For Office Use Only</b>									

11. Mencione los nombres de los inmigrantes/no ciudadanos que viven en su hogar

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

12. Lista de otras personas que vivan en el hogar y no se hayan mencionado antes (incluidos inquilinos/huéspedes)

NOMBRE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

12a. Mencione una persona como contacto de emergencia (solo para casos de asistencia general [GA]) \_\_\_\_\_.

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

13. Nombre de la futura madre \_\_\_\_\_ Fecha estimada de nacimiento \_\_\_\_\_

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

14. ¿Qué idioma se habla principalmente en su hogar? \_\_\_\_\_.

15. ¿Usted o algún miembro del hogar del solicitante recibe o ha recibido beneficios de TANF en New Jersey o en cualquier otro estado, territorio; o Asistencia General (GA) en New Jersey desde abril de 1997?			[ ] <b>Sí</b> [ ] <b>No</b>
Individuo que recibe asistencia	Tipo de asistencia	Cuándo	Proveedor de asistencia

16. ¿Es usted o alguno de los miembros de su hogar un delincuente prófugo o está en incumplimiento de una libertad condicional o probatoria impuesta por un tribunal estatal o federal?		[ ] <b>Sí</b> [ ] <b>No</b>
Formulario para individuo prófugo	o en incumplimiento	

17. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar ha sido condenado por recibir de forma fraudulenta beneficios en función del nivel de ingresos en dos o más lugares al mismo tiempo?			[ ] <b>Sí</b> [ ] <b>No</b>
Individuo condenado por fraude	Dónde ocurrió el fraude	Cuándo	Qué beneficios

18. ¿Usted o algún miembro del hogar solicitante ha cometido el delito de posesión, uso o distribución de alguna sustancia controlada, lo que es un delito procesable, y ha sido condenado por ello desde el 22 de agosto de 1996? <b>Solo se aplica a la GA</b>			[ ] <b>Sí</b> [ ] <b>No</b>
Individuo que cometió el delito	Tipo de delito	Dónde se cometió el delito	

19. Si usted fue condenado por un delito procesable por posesión o uso de sustancias, ¿se ha inscrito o ha finalizado un programa de tratamiento residencial contra las drogas aprobado o con licencia del Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores?			[ ] <b>Sí</b> [ ] <b>No</b>
Individuo que recibe el tratamiento	Establecimiento donde se proporciona el tratamiento	Fecha del tratamiento	

19. a. Si no se ha inscrito o finalizado un programa de tratamiento residencial contra las drogas aprobado o con licencia del Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores, indique el motivo.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

20. ¿Alguna de las personas que viven en su hogar ha renunciado voluntariamente a algún trabajo?  
 En los últimos 90 días trabajando para WFNJ [ ] **SÍ** [ ] **NO** Si la respuesta es **SÍ**, indique quién \_\_\_\_\_.  
 En los últimos 60 días trabajando para NJ SNAP [ ] **SÍ** [ ] **NO** Si la respuesta es **SÍ**, indique quién \_\_\_\_\_.  
 Si la respuesta es **SÍ**, indique por qué \_\_\_\_\_.

21. ¿Alguna de las personas que viven en su hogar está de paro? [ ] **SÍ** [ ] **NO** Si la respuesta es **SÍ**, indique quién \_\_\_\_\_.

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

22a. ¿Qué ha estado haciendo desde su último empleo? \_\_\_\_\_.

23. Solo para fines del WFNJ, mencione todos los empleos que cada persona que solicita asistencia ha tenido durante los últimos 3 años, comenzando por el más reciente.

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

24. ¿Alguno de los miembros del hogar solicitante espera algún cambio en sus circunstancias en un futuro cercano, como un cambio en los ingresos; el tamaño del hogar; cambio de residencia; costos de vivienda; o la compra o venta o de un automóvil?  
 SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", especifique dichos cambios: \_\_\_\_\_

25. **INGRESOS GANADOS:** ¿Usted, o alguna de las personas que viven con usted, obtienen ingresos de un trabajo, por cuidar niños, porque tienen su propio negocio, por trabajos esporádicos, por ventas, o cualquier otro ingreso ganado?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", proporcione la siguiente información para cada persona:

APELLIDO NOMBRE			
HORAS POR SEMANA			
CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE UN PAGO			
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR, O LOS PROPIOS SI ES EMPLEADO AUTÓNOMO			
PAGO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES PAGADAS) INGRESOS BRUTOS Y FECHAS	FECHA	MONTO	FECHA

26. **ATENCIÓN PARA NIÑOS/ADULTOS:** ¿Alguna de las personas incluidas en su asistencia social o en NJ SNAP de su hogar paga por atención para niños o adultos porque trabaja, asiste al colegio o está buscando empleo?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", indique quién recibe la atención. (Mencione a continuación)

NOMBRE DEL NIÑO/ADULTO	ATENCIÓN PROPORCIONADA POR (PERSONA)	DÍAS POR SEMANA	TARIFA POR HORA	CANTIDAD TOTAL DE DÍAS	MONTO REAL PAGADO/POR QUIÉN

**VERIFICATIONS**

**27. PENSIÓN INFANTIL:** ¿Está usted legalmente obligado a pagar o proporcionar una pensión infantil a un niño que no vive en su hogar?  SÍ  NO Si la respuesta es “SÍ”, complete la siguiente información: (Incluya los pagos por moras en la pensión infantil, siempre que esté legalmente obligado a pagarlos).

A QUIÉN	DIRECCIÓN	EDAD DEL NIÑO	MONTO MENSUAL PAGADO/ PROPORCIONADO	NÚMERO DE ORDEN JUDICIAL

**28. SEGURO MÉDICO:** ¿Quién está cubierto por un seguro médico? **SI NADIE LO ESTÁ, MARQUE AQUÍ ( )**.

APELLIDO, NOMBRE	EMPRESA ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA	TITULAR DE LA PÓLIZA

**29.** ¿Tiene un cónyuge ausente con cobertura de seguro médico para usted?  SÍ  NO Si la respuesta es “SÍ”, indique qué tipo de seguro.

**30.** ¿Hay algún padre ausente que tenga cobertura de seguro médico o de salud para cualquiera de los niños para los que solicita esta asistencia?

SÍ  NO Si la respuesta es “SÍ”, indique el tipo de seguro y para quién es la cobertura \_\_\_\_\_

**31.** ¿Usted o algún miembro de su hogar han solicitado otros programas de Medicaid? Si la respuesta es “SÍ”, indique qué programas \_\_\_\_\_ . Fecha de solicitud \_\_\_\_\_.

**32. OTROS INGRESOS:** ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su asistencia social o en NJ SNAP de su hogar (incluidos padrastros) reciben o han solicitado alguno de los siguientes? **SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ SI LA RESPUESTA ES SÍ, MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.**

Seguro por desempleo	Ingresos por alquiler de propiedad	Indemnización laboral
Beneficios para veteranos de guerra	Ingresos de inquilinos o huéspedes	Beneficios de sindicatos/pensiones
Seguridad Social/jubilación ferroviaria	Ingresos de parientes, amigos, alojamientos o sindicatos	Pensión infantil
Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI)	Reembolso de impuestos sobre los ingresos o crédito por ingresos laborales	Cheque de asignación de soldado
Pagos por discapacidad	Pagos por cuidado adoptivo temporal	Asistencia General
Adopción subsidiada	Fideicomiso	Asignación para formación
Intereses/dividendos de acciones, bonos, cuentas bancarias, etc.	Pagos de la suma total (de beneficios retroactivos, dinero de demandas, etc.)	Préstamos estudiantiles, concesiones, becas o estipendios
Beneficios de renta vitalicia (incluye los dividendos por el seguro médico)	Ingresos de suma total, ganancias o regalos	Apoyo laboral complementario
Apoyo para la permanencia de atención para familiares de la Division of Child Protection and Permanency (DCP&P)	Programas de subsidios para la tutela legal de la DCP&P	Otros ingresos, como pensiones alimenticias (especifique):

Proporcione la siguiente información para los elementos antes marcados:

Apellido, nombre	Fuente de ingresos	Fecha en que los recibió	Monto total

**VERIFICATIONS**

**33. RECURSOS: (se aplica para hogares con NJ SNAP que no son elegibles para elegibilidad categórica expandida)** ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted poseen dinero en efectivo, cuenta corriente o de ahorros, acciones, bonos, certificados de depósitos, Cuenta Individual de Jubilación (Individual Retirement Account, IRA)/plan Keogh, fondos mutuos, fondos fiduciarios, bonos de ahorros de EE. UU., cuenta de ahorros de Navidad/vacaciones u otros clubes, membrecía de una cooperativa de crédito, dinero u objetos de valor guardados en una caja de seguridad, pagarés o contratos de valor, propiedad sobre hipotecas u otros recursos?  **SÍ**  **NO**

Persona propietaria del recurso	¿Cuál es el recurso?	¿Dónde se encuentra el recurso?	¿Cuánto vale el recurso?

**VERIFICATIONS**

**34.** Mencione todos los vehículos que pertenezcan a las personas que habitan en el hogar solicitante. Incluya todos los tipos de transporte, como automóviles, furgonetas, remolques, camionetas, acoplados, casas rodantes, motocicletas, botes, etc. **SI NADIE LO ESTÁ, MARQUE AQUÍ ( ).**

Nombre del propietario	Modelo/estilo	Año/marca	Uso	Valor según Kelley Bluebook

**35.** ¿Usted, o alguna de las personas que viven con usted, es propietario de tierras o algún inmueble que no sea la casa en la que viven?  **SÍ**  **NO** Si la respuesta es **“SÍ”**, explique

\_\_\_\_\_

36. ¿Alguien intercambió, regaló, transfirió o vendió propiedad personal (incluidas acciones) o un bien inmueble...?					<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	
¿...para los fines de TANF y GA dentro de los últimos 12 meses?						
¿...para los fines de NJ SNAP dentro de los últimos 3 meses?					<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	
¿Qué fue lo que se vendió, regaló, etc.?	¿Quién lo hizo?	¿A quién?	Fecha del regalo o la venta	Valor de mercado total	Monto recibido	

**37.** ¿Usted, o algunas de las personas que viven en el hogar solicitante, tiene reclamos pendientes, como demandas, divorcios, liquidaciones, herencias, reclamos por accidentes, ventas de propiedades, otros reclamos; o bien, alguien le debe dinero a usted o alguna de estas personas?  **SÍ**  **NO**  
Si la respuesta es **“SÍ”**, explique: \_\_\_\_\_

**FECHA EN QUE SE COMPLETÓ EL FORMULARIO WFNJ-10D** \_\_\_\_\_ **(No se aplica a los clientes que solo tienen NJ SNAP).**

**38.** ¿Alguno de los habitantes del hogar posee alguno de los siguientes? **(No se aplica a NJ SNAP)**

(a) Propiedad total o parcial sobre propiedad personal valiosa como joyas, colecciones de monedas/estampillas, pieles, etc.  **SÍ**  **NO** Si la respuesta es **“SÍ”**, explique \_\_\_\_\_

(b) Una parcela o arreglos para un entierro  **SÍ**  **NO** Si la respuesta es **“SÍ”**, indique el VALOR \_\_\_\_\_

**NJ SNAP y GA**

**INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA:** debe completar esta sección si el hogar solicita participación en el Programa NJ SNAP o GA.

**39.** ¿Alguna persona fuera de su hogar paga o ayuda con los pagos de cualquier gasto de la vivienda?  SÍ  NO  
 Si la respuesta es "SÍ", complete la información a continuación:

TIPO DE GASTO DE VIVIENDA	A QUIÉN SE LE PAGA	PAGADO POR	MONTO PAGADO	CON QUÉ FRECUENCIA SE FACTURA

**40. COSTOS DE LA VIVIENDA** (mencione los gastos para lo siguiente:)

				FOR OFFICE USE ONLY		
GASTO DE VIVIENDA	MONTO PAGADO	CON FRECUENCIA FACTURA	QUÉ SE	COSTO MENSUAL		
Alquiler/hipoteca	\$			\$	If using HCSUA	
Impuestos de la propiedad	\$			\$		
Seguro sobre la vivienda	\$			\$		
<b>SUBTOTAL DE LA VIVIENDA</b>				\$		
Electricidad	\$			\$	HCSUA	
Gas	\$			\$		
Gasoil	\$			\$		
Agua	\$			\$		
Servicio de cloacas	\$			\$		
Retiro de basura	\$			\$		
Costo de instalación de servicios públicos	\$			\$		
Otros (carbón, madera, keroseno)	\$			\$		
<b>SUBTOTAL DE SERVICIOS PÚBLICOS</b>				\$		or
<b>41A.</b> ¿Usted paga por servicios públicos (aparte del alquiler) para calefaccionar o refrigerar su hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				\$		or
<b>41B.</b> Si su hogar es responsable por el pago de servicios adicionales al agua, servicio de cloacas y retiro de basura, es posible que su hogar califique para elegir recibir la <b>asignación estándar o para gastos de servicio de calefacción.</b>						
				<b>MONTHLY . TOTAL . SHELTER DATE OPTION SELECTED</b>		

**42. COSTOS MÉDICOS EXCEDENTES**

¿Alguna de las personas que viven en su hogar tiene 60 años o más, o está certificado para recibir pagos del Ingreso de Seguridad Complementario (SSI) Federal, la Seguridad Social por Discapacidad o para Veteranos de Guerra?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", complete la siguiente sección. Si la respuesta es "NO", continúe en la página 12. Los gastos médicos pueden incluir montos que se hayan facturado, incluso si no ha pagado aún la factura médica.

			FOR OFFICE USE ONLY		
Además de los gastos médicos normales, mencione otros servicios médicos que pueda haber solicitado.	MONTO PAGADO	CON QUÉ FRECUENCIA SE FACTURA	Monthly Total	VERIFY RECEIPT OF SSI	
Servicios médicos y dentales	\$		\$	FEDERAL SHARE	
Atención hospitalaria o de enfermería	\$		\$		
Medicamentos recetados por un médico	\$		\$		
Dentaduras, audífonos y anteojos	\$		\$		
Costos de transporte para obtener atención médica	\$		\$		
Servicios de un acompañante o enfermero	\$		\$		
Otros (explique)	\$		\$		
			\$		SSA and SSI Listed on Page 6
<b>42A.</b> Mencione los nombres de los miembros de su hogar que incurran en estos gastos:			<b>TOTAL</b>		

**42B.** ¿Alguno de los gastos médicos antes mencionados son pagados, parcial o totalmente, o reembolsados por otra fuente fuera de su hogar, como un seguro médico, Medicare, Asistencia Farmacéutica para Discapacitados y Adultos Mayores (Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled, PAAD) u otro individuo?

**SÍ**  **NO** Si la respuesta es “**SÍ**”, ¿qué gastos paga esta fuente externa? ¿Cuánta paga esta fuente externa?

---



---

**FOR OFFICE USE ONLY**

WORK FIRST NEW JERSEY AND/OR NJ SNAP WORK REGISTRATION

NAMES (ALL OVER 16)	EXEMPT WFNJ CODE	MANDATORY WFNJ DATE	VOLUNTARY WFNJ DATE	REFERRAL DATE	NJSNAP WORK EXEMPT CODE	DATE OF REG.

**43. ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES**

La respuesta que proporcione para la siguiente pregunta se utilizará para determinar la elegibilidad para la Asistencia Energética para Hogares (Home Energy Assistance, HEA) y el monto de beneficios de la HEA. Utilice la lista que aparece a continuación para indicar qué elemento describe mejor su acuerdo de calefacción/vivienda.

- Mi calefacción es pagada por terceros. **(A)** **CÓDIGO DE HEA:** \_\_\_\_\_
- Obtengo mi calefacción del Departamento de Viviendas Públicas o recibo un subsidio en mi alquiler, por lo que la calefacción está incluida. **(C)**
- Pago solo por una fuente de calefacción secundaria (como una estufa de madera, un calentador de keroseno, un calentador ambiental eléctrico, etc.). **(E)**
- Comparto los costos de la calefacción con otros. **(F)**
- La calefacción está incluida en mi alquiler, el cual no está subsidiado. **(G)**
- Pago un cargo extra a mi arrendador por la calefacción. **(W)**

Le pago directamente a mi proveedor de combustible por la fuente primaria de calefacción de mi hogar o departamento. Mi fuente de calefacción es la siguiente:

- gasoil **(J)**                       keroseno **(M)**                       madera **(R)**
- electricidad **(K)**                       gas natural **(N)**
- gas envasado **(L)**                       carbón **(P)**                       No deseo recibir los beneficios de la HEA. **(T)**

**AVISO IMPORTANTE**

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ESTARÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR PARTE DE OFICIALES FEDERALES, ESTATALES O DEL CONDADO. SI ALGUNO DE LOS DATOS ES INCORRECTO, ES POSIBLE QUE SE LE NIEGUEN LOS BENEFICIOS DE NJ SNAP O QUE ESTÉ SUJETO A UN PROCESO PENAL POR PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA DELIBERADAMENTE.

Para poder cumplir con la Sección 206.10(a)(iii) del Título 45 y con la Sección 273.2(b) del Título 7 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), le notificamos que la información sobre sus ingresos y elegibilidad para BCIS, agencias locales y estatales de pensión infantil, los archivos de los Salarios y Beneficios del Seguro Social y los archivos del Salario Estatal y por Desempleo, se obtendrá por medio de su(s) número(s) de Seguro Social y se utilizará para determinar la continuación de su elegibilidad. Esto puede incluir que nos comuniquemos con su empleador, su banco u otra parte.

LAS PENALIZACIONES QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN SE APLICAN A LO SIGUIENTE:

CUALQUIER PERSONA QUE RECIBA BENEFICIOS DE NJ SNAP QUE INTENCIONALMENTE VIOLE ALGUNA DE LAS NORMAS MENCIONADAS EN LA SOLICITUD;

CUALQUIER PERSONA QUE SOLICITE O RECIBA BENEFICIOS DE NJ SNAP QUE NO LE CORRESPONDAN POR HABER HECHO LO SIGUIENTE DE MANERA INTENCIONAL:

REALIZAR UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA.  
OCULTAR U OMITIR DATOS.

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

**PENALIZACIONES**

LAS PENALIZACIONES POR VIOLAR INTENCIONALMENTE LAS NORMAS DE SNAP INCLUYEN UNA DESCALIFICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA SNAP DURANTE LOS SIGUIENTES PERÍODOS:

- 12 MESES si se trata del primer delito.
- 24 MESES si se trata de un segundo delito, O si se trata de la primera condena del tribunal por intercambiar los beneficios de SNAP por una sustancia controlada.
- 10 AÑOS por mentir o presentar información engañosa sobre la identidad o residencia de un individuo que recibe múltiples beneficios de SNAP al mismo tiempo.
- DE FORMA PERMANENTE si se trata de un tercer delito, O si se trata de la segunda condena de un tribunal por intercambiar beneficios de SNAP por una sustancia controlada, O si se trata de una condena de un tribunal por vender/intercambiar beneficios de SNAP equivalentes a \$500 o más, O si se trata de una condena de un tribunal por intercambiar beneficios de NJ SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos.

\*EL TRIBUNAL PUEDE IMPONER UNA SUSPENSIÓN ADICIONAL DE 18 MESES (SUBSIGUIENTE A ESTE PERÍODO) PARA CUALQUIER PERSONA CONDENADA POR UN DELITO GRAVE O UN DELITO MENOR.

LA VIOLACIÓN PUEDE ESTAR ACOMPAÑADA DE UNA MULTA DE \$250,000, HASTA 20 AÑOS DE PRISIÓN, O AMBOS, Y ESTAR SUJETA A UN PROCESAMIENTO JUDICIAL CONFORME A OTRAS LEYES FEDERALES APLICABLES.

ADEMÁS, LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR DEBERÁN DEVOLVER EL DINERO POR LOS BENEFICIOS DE NJ SNAP QUE EL HOGAR HAYA RECIBIDO Y QUE NO LE CORRESPONDAN.

LAS LEYES PÚBLICAS 103-66 Y 104-193 ESTABLECEN PENALIZACIONES PARA LOS INDIVIDUOS QUE SEAN DECLARADOS CULPABLES EN UN TRIBUNAL LOCAL, ESTATAL O FEDERAL, DE LO SIGUIENTE:

- 1) INTERCAMBIAR BENEFICIOS DE NJ SNAP POR ARMAS DE FUEGO, MUNICIONES, EXPLOSIVOS O SUSTANCIAS CONTROLADAS;
- 2) USAR, TRANSFERIR, ADQUIRIR O POSEER BENEFICIOS DE NJ SNAP GRACIAS AL USO DE TARJETAS EBT DE FAMILIES FIRST, O PRESENTAR BENEFICIOS DE NJ SNAP COMO PAGO A SABIENDAS DE QUE ESTOS HAN SIDO OBTENIDOS O TRANSFERIDOS DE MANERA FRAUDULENTA SI EL VALOR ES DE \$500 O MÁS.

**ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN**

NO oculte ni proporcione información falsa para solicitar o recibir o continuar recibiendo beneficios de NJ SNAP.

NO proporcione ni venda beneficios o acceso a NJ SNAP a través del uso de tarjetas EBT de Families First a ninguna persona que no esté autorizada a utilizarlos para su hogar.

NO utilice ninguno de los beneficios de NJ SNAP para comprar elemento no elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco, o para pagar por alimentos que se hayan comprado con crédito.

NO utilice ninguno de los beneficios de NJ SNAP que su hogar no tenga derecho a recibir.

NO engañe ni forme parte de ningún acto deshonesto para obtener beneficios de NJ SNAP que su hogar no tiene derecho a recibir.

NO transfiera recursos a una persona que no viva en su hogar para solicitar y recibir beneficios de NJ SNAP.

Entiendo todas las preguntas que aparecen en esta solicitud. Mis respuestas son correctas y están completas, a mi leal saber y entender. Comprendo que debo ser entrevistado y que debo cooperar con la oficina de NJ SNAP. Entiendo las advertencias de penalizaciones. Comprendo que es posible que debo proporcionar documentos para demostrar lo que he indicado. Acepto todo lo antedicho. Si los documentos no están disponibles, acepto proporcionar el nombre de una persona u organización que la oficina de NJ SNAP pueda contactar para obtener las pruebas necesarias. Entiendo que si no he informado ingresos ganados, entonces debo informar cualquier cambio en los ingresos no ganados de más de \$50.00, o el recibo de los ingresos ganados dentro de los 10 días desde la fecha de mi primer sueldo. Comprendo que si no poseo ingresos ganados, debo informar todos los cambios en la composición del hogar (incluidos los estados de estudiantes), los cambios en la residencia y los cambios resultantes en los costos de vivienda, cambios en mi obligación legal de pagar o proporcionar una pensión infantil, un cambio en el monto de la pensión infantil que proporciono si tengo un registro de pago de menos de 3 meses y el cambio es mayor a \$50.00, la compra de un vehículo o un aumento en los recursos de mi hogar (cuentas corrientes y de ahorro, efectivo en mano, acciones o pagos de suma total, cualquier dinero en efectivo obtenido de la venta o el intercambio de un vehículo) si estos alcanzan o exceden mi límite máximo de recursos. Entiendo que si informo ingresos ganados, o si me encuentro en un período de informes de seis meses, solo estoy obligado a informar un cambio en mis ingresos mensuales totales que excedan el 130 % del límite del nivel de pobreza. El trabajador asignado a mi caso me proporcionará una notificación de dicho límite. También comprendo que puedo solicitar una audiencia justa de la decisión tomada con respecto a mi solicitud de beneficios de NJ SNAP. Si necesito más información sobre los beneficios de NJ SNAP, puedo comunicarme con la oficina de NJ SNAP del condado.

Entiendo que yo, o mi representante, podemos solicitar una audiencia justa, ya sea de forma oral o por escrito, si no estoy de acuerdo con alguna de las medidas tomadas en mi caso. Mi caso puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona que yo elija.

**PARTICIPANTES DE FORMACIÓN Y EMPLEO OBLIGATORIOS DE NJ SNAP**

Determinados miembros del hogar que reciben NJ SNAP, a menos que estén específicamente exentos, deben registrarse y participar en las actividades de Formación y Empleo. Los participante obligatorios que no cumplan con los requisitos de trabajo estarán sujetos a recibir las siguientes penalizaciones:

- 1) La primera violación tendrá como resultado una descalificación mínima de 1 mes.
- 2) La segunda violación tendrá como resultado una descalificación mínima de 3 meses.
- 3) A partir de la tercera violación, se penalizará con una descalificación mínima de 6 meses.

**CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE/ESTADO DE INMIGRANTE LEGAL (PARA LOS FINES DE LOS PROGRAMAS NJ SNAP Y WFNJ)**

Por cada persona que no sea ciudadana estadounidense, deberá presentar ante la oficina de la agencia de bienestar del condado la documentación de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (Bureau of Citizenship and Immigration Service, BCIS) u otros documentos que la agencia estatal determine necesarios como evidencia de su estado de inmigrante. El estado de inmigrante puede estar sujeto a verificación con la BCIS, la cual solicitará la presentación de cierta información de este formulario de solicitud. La información que recibamos de la BCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios. Usted debe certificar que cada miembro del hogar es ciudadano estadounidense o que vive en EE. UU. en estado de inmigración legal.

**ANTES DE FIRMAR, LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES. SI NO ENTIENDE  
O TIENE ALGUNA PREGUNTA, NO DUDE EN CONSULTARNOS.**

- ❖ Yo (nosotros) acepto (aceptamos) que las declaraciones que he (hemos) hecho en este formulario son verdaderas y están completas, a mi (nuestro) leal saber y entender. Yo (nosotros) sé (sabemos) que mentir sobre mi (nuestra) situación, no proporcionar la información necesaria o hacer que otros oculten información son violaciones de la ley y pueden hacer que esté (estemos) sujeto(s) a un procesamiento legal.
- ❖ Entiendo (entendemos) que cualquier información que proporcione (proporcionemos) está sujeta a verificación por parte de la Agencia de Bienestar del Condado o la División de Desarrollo Familiar.
- ❖ Por medio de la presente, autorizo (autorizamos) a la Agencia de Bienestar del Condado o la División de Desarrollo Familiar a comunicarse con cualquier individuo u otra fuente que pueda tener conocimiento sobre mis (nuestras) circunstancias (para incluir al Servicio de Impuestos Internos, [Internal Revenue Services, IRS], las agencias de pensiones infantiles locales y estatales, archivos de Beneficios y Salarios de Seguridad Social, archivos de Desempleo y Salarios estatales, servicios de informes crediticios, así como empleadores, bancos y otras partes) con el único fin de verificar las declaraciones realizadas por mí (nosotros). Entiendo (entendemos) que cualquier información sobre ingresos y elegibilidad obtenida puede utilizarse para determinar la continuidad de mi (nuestra) elegibilidad.
- ❖ Comprendo (comprendemos) que, conforme a la Ley de Work First New Jersey, Ley Pública de 1997 c.13, c.14, c.37 y c.38, la solicitud de asistencia pública incluirá a todos los futuros miembros en la unidad de presupuesto requerida para ser incluidos, ya sea por nacimiento, adopción, o por comenzar a vivir con la unidad de presupuesto después de la fecha de la solicitud original.
- ❖ Sé (sabemos) que cualquier información que proporcione (proporcionemos) se utilizará en conexión con mi (nuestra) solicitud de asistencia pública, beneficios de NJ SNAP, beneficios de Ayuda Energética para Hogares, beneficios del Fondo Universal de Servicios y otros beneficios para los que pueda (podamos) ser elegible(s).
- ❖ Entiendo (entendemos) que si esta solicitud es aceptada para la categoría WFNJ, yo (nosotros) y todos los miembros de mi (nuestro) hogar estarán inscritos en One Stop Career Center de New Jersey y puedo (podemos) estar obligado(s) a participar en actividades de educación, formación y evaluación vocacional, y en actividades de colocación laboral.
- ❖ Entiendo (entendemos) que todos los pagos de Ayuda Energética para Hogares están sujetos a la disponibilidad de los fondos federales.
- ❖ Entiendo (entendemos) que todos los pagos de Ayuda Energética para Hogares que se realicen son para la compra de energía para calefacción/refrigerar.
- ❖ He (hemos) recibido y se me (nos) ha explicado, en caso de ser necesario, información con respecto a mis (nuestros) derechos y responsabilidades. (Consulte el Manual de WFNJ).
- ❖ Acepto (aceptamos) comunicarle inmediatamente a la Agencia de Bienestar del Condado acerca de cualquier cambio en las condiciones de vida, la situación familiar o el dinero recibido (excepto en caso de los ingresos ganados que están sujetos a requisitos de informes por seis meses) de cualquier tipo, cuando corresponda. (Consulte el Manual de WFNJ).
- ❖ Entiendo (entendemos) que yo (nosotros) o mi (nuestro) representante podemos solicitar una audiencia justa, de forma oral o por escrito, si no estoy (estamos) satisfecho(s) con alguna de las medidas tomadas por la Agencia de Bienestar del Condado. Mi (nuestro) caso puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona que yo (nosotros) elija (elijamos).
- ❖ Entiendo (entendemos) que al firmar esta solicitud solo para los fines de WFNJ, le asigno (asignamos) a la Agencia de Bienestar del Condado cualquier derecho a asistir, incluida cualquier mora, de cualquier otra persona para conmigo o cualquier miembro de la familia por quien estoy (estamos) solicitando recibir ayuda.

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

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA) también prohíbe la discriminación por raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad, creencias políticas o la represalia por la participación en actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para comprender la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que sean sordas o tengan discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede ofrecerse en otros idiomas además de inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el [Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA](#), (AD-3027), 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 dicha carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por los siguientes medios:

- (1) correo postal: 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;
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Por cualquier otra información relacionada con asuntos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), llame a la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también ofrece asistencia en español, o llame a la [línea directa de información del estado](#) (haga clic en el enlace para acceder a la lista de los números de teléfono de las líneas directas por estado), disponible en Internet en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de los EE. UU., escriba a la siguiente dirección: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



## **AVISO IMPORTANTE EXENCIÓN DE DEDUCCIÓN DE INGRESOS DEL NJ SNAP**

**SI NO INFORMA O VERIFICA NINGUNO DE LOS SIGUIENTES GASTOS QUE PAGAN USTED O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR, CONSIDERAREMOS QUE USTED NO DESEA RECIBIR UNA DEDUCCIÓN DE INGRESOS PARA LOS GASTOS NO INFORMADOS.**

- UN GASTO DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES SI USTED PAGA POR LA ATENCIÓN DE UN NIÑO U OTRO DEPENDIENTE PARA QUE UN MIEMBRO DEL HOGAR PUEDA TRABAJAR, BUSCAR EMPLEO O ASISTIR A UNA FORMACIÓN O A CLASES EDUCATIVAS PARA PODER PREPARARSE PARA UN EMPLEO.
- UN GASTO MÉDICO O DENTAL NO REEMBOLSADO, INCLUIDOS MEDICAMENTOS RECETADOS, SEGURO DE SALUD O POR HOSPITALIZACIÓN, ANTEOJOS O CUIDADOS DE UN ACOMPAÑANTE.
- EL PAGO DE UNA PENSIÓN INFANTIL QUE REALIZA UN MIEMBRO DEL HOGAR POR OBLIGACIÓN LEGAL, INCLUIDOS LOS PAGOS EN MORA.
- UN GASTO DE VIVIENDA, COMO EL ALQUILER, LOS SERVICIOS PÚBLICOS (INCLUIDOS LOS GASTOS DE INSTALACIÓN), IMPUESTOS SOBRE LA PROPIEDAD, EL SEGURO DE PROPIETARIO DE VIVIENDA Y GASTOS DE REPARACIONES PARA SU HOGAR DEBIDO A ALGÚN DESASTRE NATURAL.

INCLUSO SI NO NOS INFORMA (O VERIFICA) QUE ESTÁ INCURRIENDO EN ALGUNO DE ESTOS GASTOS CUANDO SOLICITE INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA NJ SNAP, ES POSIBLE QUE DE TODOS MODOS RECIBA UNA DEDUCCIÓN DE INGRESOS EN EL FUTURO SI NOS INFORMA (O VERIFICA) QUE ESTÁ PAGANDO ALGUNO DE ESTOS GASTOS. LA DEDUCCIÓN NO SERÁ RETROACTIVA POR LOS MESES EN QUE NO NOS INFORMÓ QUE ESTABA PAGANDO ESTOS GASTOS.

**FIRMA DE LA AUTORIDAD DEL HOGAR** \_\_\_\_\_

**FECHA DE HOY** \_\_\_\_\_