

Departamento de Menores y Familias de Kansas Solicitud de Asistencia Alimentaria

ES-3100.6
Rev. 05-23

Esta es su solicitud para el programa de asistencia alimentaria, el cual es proporcionado por el Departamento de Menores y Familias. Responda todas las preguntas lo mejor que pueda. Si el inglés no es su idioma principal, se le proporcionará un intérprete sin costo alguno. Este formulario nos proporciona la información que necesitamos para determinar si su familia puede obtener la Asistencia alimentaria.



¿Prefiere
postularse en
línea?

Presente su solicitud en
www.dcf.ks.gov

Asistencia alimentaria



Departamento de Menores y Familias

Para uso exclusivo de la Agencia

Fecha de recibo: _____

Fecha de la entrevista: _____

_____ Revisión _____ inicial

Quién entrevistó: _____

Número(s) de caso: _____

Siga estos pasos para presentar su solicitud

- Llene este formulario para hacer su solicitud. Si requiere ayuda o tiene preguntas, llame al 888-369-4777.
- Lea las preguntas con cuidado y responda honestamente. Si está haciendo la solicitud para otra persona, por favor responda las preguntas con respecto esa persona.
- Firme el formulario y ponga la fecha. Su solicitud no estará completa a menos que esté firmada.
- Envíe este formulario por correo, fax o entréguelo en la oficina del DCF de su localidad. Pueden transcurrir hasta 30 días antes de que su solicitud sea procesada.
- Lo contactaremos, se requiere una entrevista.
- Al final de esta solicitud hay una lista de ítems que podemos necesitar de usted. Por favor despréndala y conserve la página como referencia.
- **Si no puede llenar la solicitud ahora, proporcione su nombre, domicilio y firma en la Página 1 y devuelva el formulario.**
- **Devuelva este formulario lo antes posible. Si usted califica para recibir Asistencia alimentaria, el beneficio puede comenzar a partir de la fecha en que se reciba la solicitud firmada en nuestra oficina.**

Devuelva este formulario a:

Información del Registro electoral de Kansas

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar su inscripción para votar aquí hoy?

Sí No (Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento).

La solicitud de inscripción o la negativa a inscribirse para votar no afectará el monto de la asistencia que le dará esta agencia.

Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Puede pedir en persona el formulario de solicitud en una oficina del DCF, o llamar al 1-888-369-4777 para que le envíen uno por correo.

También puede optar por presentar su solicitud en línea. Tenga en cuenta que para registrarse para votar por Internet, usted debe tener una licencia de conducir válida o una tarjeta de identificación que no sea de conductor, ambas del estado de Kansas. Si no tiene ninguno de estos documentos, puede descargar el formulario en:

<https://www.kssos.org/forms/elections/voterregistration.pdf>. Si quiere presentar su solicitud en línea, visite:

<https://www.kdor.ks.gov/apps/voterreg/default.aspx>.

Debe volver a registrarse para votar cada vez que cambie de nombre, de domicilio o de afiliación partidaria.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si se registra o al presentar su solicitud de registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la División Electoral de la Secretaría de Estado de Kansas llamando al tel. 1-800-262-VOTE (8683) o por correo electrónico a election@ks.gov.

A. Cuéntenos sobre usted

Proporcione la siguiente información y firme esta sección de la solicitud.

¿Carece de vivienda? Sí No

Nombre: _____ Firma: _____
 Nombre, Inicial intermedia, Apellido

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Código postal: _____

Domicilio postal: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

B. Ayúdenos a determinar si puede obtener asistencia alimentaria más rápidamente

Si tiene poco o nada de dinero, podemos conseguirle ayuda alimentaria en un plazo de 7 días. Llene esta sección para ayudarnos a determinar si puede obtener los beneficios más rápidamente.

- Los ingresos brutos de su hogar (antes de deducir los impuestos) en el mes ¿serán menores de 150 dólares? Sí No
- ¿Su hogar cuenta con menos de 100 dólares en efectivo, cheques y ahorros? Sí No
- ¿Alguien de su hogar es trabajador agrícola migratorio o estacional? Sí No
- Anote el monto actual de la mensualidad de su renta/hipoteca \$ _____
- ¿Paga gastos de calefacción o refrigeración? Sí No

Si no lo hace, marque los siguientes servicios públicos que usted **es** responsable de pagar y anote el monto total (si no paga ninguno, anote cero) \$ _____

- Agua Alcantarillado Recolección de basura Teléfono
 Ninguno Electricidad/gas para cocinar o iluminación Otro

- Anote los ingresos brutos (antes de deducir los impuestos) esperados para este mes en su hogar \$ _____
- Anote todo el dinero en efectivo, en cuentas de cheques y ahorros en su hogar..... \$ _____

Para uso exclusivo de la Agencia

¿Asistencia alimentaria expedita?

Sí No

Renta/Hipoteca \$ _____

SUA/Real + \$ _____

TOTAL = \$ _____

Ingresos esperados \$ _____

Efectivo/cheque/Ahorros + \$ _____

TOTAL = \$ _____

¿Los gastos de vivienda del hogar son mayores que los ingresos y recursos esperados? Sí No

C. Cuéntenos sobre usted y sobre todas las personas por quienes presenta esta solicitud

Proporcione la información de cada persona en su hogar para la cual está presentando la solicitud. Esto incluye:

- Usted - proporcione su información como Persona 1.
- Su cónyuge.
- Sus hijos que viven con usted (en el caso de la asistencia alimentaria, esto incluye hijos de hasta 22 años de edad).
- Cualquier padre de un(a) hijo(a) de 21 años o menos que viva con usted.
- Cualquier persona con quien usted compre y cocine alimentos.

El estatus de ciudadanía/inmigración no descalifica automáticamente a un solicitante para recibir beneficios de asistencia alimentaria.

Puede elegir no señalar su raza, origen étnico o sexo; eso no se usará en su contra. Solo pedimos esta información para fines de informes federales. Las respuestas no afectarán ni la elegibilidad, ni los beneficios.

Información importante sobre los números de Seguro Social:

El número de Seguro Social de cada persona para quien se solicita asistencia alimentaria se provee de manera voluntaria. Si usted, sin causa justificada, no proporciona ni solicita un número de Seguro Social, esa persona no podrá obtener los beneficios.

Si no está presentando la solicitud para alguien específico de las personas en su hogar, no está obligado a proporcionar el número de Seguro Social por esa persona. Utilizamos los números de Seguro Social para comprobar los ingresos y otra información para determinar quién es elegible para recibir la asistencia. Si alguien no tiene número de Seguro Social, llame al tel. 800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov.

Su información es privada:

- Mantendremos su información privada conforme a la ley.
- Usaremos la información de este formulario solo para determinar si puede recibir los beneficios.

Si necesita incluir a otras personas, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

D. Cuéntenos sobre usted y sobre todas las personas por quienes presenta esta solicitud (cont.)

Persona	1	2	3	4
Nombre – Primero, Inicial intermedia, Apellido				
Relación con usted	Titular			
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)				
Núm. de Seguro Social				
¿Es ciudadano de los EE. UU.?	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
¿Es Hispano/latino?	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raza – Use la clave a continuación				
¿Vive esta persona en su hogar con usted?	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
¿Compra y cocina (o lo hará después de la autorización) alimentos con esta persona?	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Clave de razas: 1 – Blanco 4 – Negro o Afroamericano 7 – Nativo americano o de Alaska
 2 – Indio asiático 5 – Nativo de Hawái 8 – Guameño o Chamorro
 3 – Samoano 6 – Nativo de otras Islas del Pacífico

La ley federal exige las siguientes preguntas para los fines del programa de asistencia alimentaria.

¿Hay alguien en su casa que esté huyendo de un juicio por delito grave o de la cárcel? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____

¿Hay alguien en su casa que viole la libertad condicional o período de prueba? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____

La ley federal exige las siguientes preguntas para los fines del programa de asistencia alimentaria únicamente. Si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, asegúrese de indicar los nombres de las personas involucradas.

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por cambiar los beneficios de asistencia alimentaria por drogas después del 22 de septiembre de 1996?

Sí No En caso afirmativo, proporcione el(los) nombre(s): _____

¿Alguien de su hogar ha sido condenado por comprar o vender los beneficios de asistencia alimentaria por más de 500 dólares después del 22 de septiembre de 1996?

Sí No En caso afirmativo, proporcione el(los) nombre(s): _____

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por obtener fraudulentamente beneficios duplicados de asistencia alimentaria en algún estado después del 22 de septiembre de 1996?

Sí No En caso afirmativo, proporcione el(los) nombre(s): _____

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por cambiar los beneficios de asistencia alimentaria por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?

Sí No En caso afirmativo, proporcione el(los) nombre(s): _____

¿Alguien en su familia tiene una condena por un delito grave relacionado con drogas con fecha del 22 de agosto de 1996 o posterior?

Sí No En caso afirmativo, proporcione el(los) nombre(s): _____

¿Alguien de su familia ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos después del 7 de febrero de 2014?

Sí No 1) Abuso sexual agravado; 2) Asesinato; 3) Explotación sexual y otros abusos de menores;
(4) Agresión sexual.

En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____

¿Cumplen con los términos de su sentencia? Sí No

E. ¿Quiere elegir a alguien que le ayude a obtener sus beneficios?

Puede nombrar a una persona para que le ayude a obtener sus beneficios. Esta persona le puede ayudar a llenar la solicitud, a responder preguntas y usar la Tarjeta de Beneficios de Kansas por usted. Podremos compartir información con esta persona. Esta persona será su representante autorizado. ¿Quiere que alguien le ayude? Sí No De ser así, cuéntenos sobre esta persona:

Su nombre _____ Su número de teléfono _____

Su domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Quiere que la persona nombrada arriba tenga acceso a sus beneficios? Sí No

Si no, ¿quiere elegir a otra persona para tener acceso a sus beneficios? Esta persona será su representante autorizado y podrá tener acceso a sus beneficios. También podremos compartir información con esta persona. Sí No

De ser así, cuéntenos sobre esta persona:

Su nombre _____ Su número de teléfono _____

Su domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

F. Díganos cómo comunicarnos con usted

Proporcionamos servicios de interpretación y de traducción. Llene esta sección para ayudarnos a satisfacer sus necesidades.

¿Tiene un idioma principal que no sea el inglés? Sí No

Si es así, escriba a continuación los nombres del idioma hablado y/o escrito. También incluya otras necesidades de comunicación como braille, retransmisión, inglés de señas, TDD/TTY, letra grande, Programa de Sintetizador de Voz, etc. Si necesita incluir información adicional, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

Idioma hablado	Idioma escrito	Necesidades adicionales

G. Cuéntenos acerca de los padres de cada menor en su casa

Necesitamos saber la relación que guardan las personas en su hogar entre sí. Indique el nombre de cada menor, y los nombres de ambos padres aunque no vivan juntos. Para nonatos, indique "nonato". Si necesita incluir a otros menores, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

Nombre del menor/ nonato	Nombre de la madre	Nombre del padre	¿Estaba la madre casada con el padre cuando nació el menor?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

H. Cuéntenos sobre los ingresos o dinero obtenido por trabajo

Necesitamos saber sobre todos los ingresos por trabajo, trabajo autónomo, contratos de trabajo, etc. ¿Alguien de su hogar trabaja por cuenta propia o en un empleo? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información para todos los trabajos. El trabajo por cuenta propia o autónomo

incluye ingresos por trabajos ocasionales, cuidado de menores, cortar el césped, quitar la nieve, venta de cosméticos, etc. Si necesita incluir información adicional, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

Nombre	Nombre, teléfono y domicilio del empleador (en caso de ser trabajador(a) autónomo(a), indique el tipo de negocio)	Salario por hora o sueldo	Propinas o comisiones	Horas semanales trabajadas	¿Con qué frecuencia se le paga?	Día de la semana en que se le paga

¿Alguien en su casa ha perdido o dejado un trabajo en los últimos 60 días? Sí No En caso afirmativo, complete la información a continuación:

Nombre(s) _____ Empleador _____

Último pago: \$ _____ Fecha _____ Fecha de finalización del empleo: Mes _____ Día _____ Año _____

Motivo(s): _____

Llene la siguiente sección si la persona para la que está presentando la solicitud es un(a) trabajador(a) autónomo(a):

Nombre del (de la) trabajador(a) autónomo(a): _____ Nombre del negocio: _____

Tipo de negocio: _____

Fecha de inicio del negocio: _____ ¿Se declararon impuestos por estos ingresos el año pasado? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué formulario del IRS presentó para este nivel de ingreso? Marque todas las opciones que correspondan:

- Calendario C Calendario D Calendario E Calendario F Calendario K 4797 1065
 1120S Otro _____

Ingresos brutos anuales informados (antes de deducir impuestos) \$ _____ Ingreso mensual estimado (antes de gastos) \$ _____

Ingresos brutos anuales informados (antes de deducir impuestos) \$ _____ Gastos mensuales estimados \$ _____

¿Tiene cambios predecibles en sus ingresos (al alza o a la baja) durante un año normal porque sus ingresos provienen de trabajos estacionales como el trabajo en el sistema escolar, la preparación de declaraciones de impuestos, el techado, la construcción o la agricultura? Sí No

En caso afirmativo, por favor llene:

Nombre	Tipo de ingreso	Ingreso total de este año	Ingreso total del próximo
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____

I. Cuéntenos sobre otros ingresos o dinero

También necesitamos saber sobre los demás ingresos de su hogar para determinar si puede obtener beneficios. ¿Alguien en su hogar, incluyendo a los hijos, recibe otros ingresos, como manutención de menores, pensión alimenticia, Seguro Social, SSI, VA, indemnización por accidente laboral, beneficios por desempleo, otras pensiones/jubilaciones, dinero de otros, o cualquier otro ingreso? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información para todos los tipos de ingresos. Si necesita incluir información adicional, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

Tipo/fuente del ingreso	Nombre de la persona que lo percibe	Cantidad percibida	Frecuencia con que se percibe

¿Alguien ha solicitado otros ingresos o beneficios? Sí No Si es así, indique quién y qué ingresos o beneficios:

J. Cuéntenos sobre sus recursos

¿Alguien en su hogar es propietario o cuenta con algún recurso a nombre de él(ella)? Por ejemplo: ¿efectivo, cuentas corrientes/de ahorro/de cooperativa de crédito, propiedades o cualquier otro recurso? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información. Si necesita incluir otros recursos, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

Puede que nos pongamos en contacto con usted para obtener más información.

Tipo de recurso	A qué nombre(s) están los recursos	¿Dónde se encuentra el recurso? (Nombre del banco, unión de crédito o empresa)	Monto o valor

¿Se han transferido recursos en los últimos 90 días? Sí No

¿Alguien en su hogar es dueño de un vehículo? (esto incluye coches, camiones, motocicletas, embarcaciones, motos acuáticas, vehículos recreativos, vehículos todo terreno u otros vehículos) Sí No

En caso afirmativo, llene lo siguiente. Si necesita incluir otros vehículos, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

	Vehículo #1	Vehículo #2
Año		
Fabricante		
Modelo		
Propietario		
Saldo adeudado	\$	\$
¿Cuál es el uso principal de este vehículo? (trabajo, escuela, buscar trabajo, médico, como hogar, etc.)		

¿Alguien en su hogar tiene un vehículo que se utiliza para transportar a un miembro del hogar que tiene una discapacidad física? Sí No

De ser así, ¿qué vehículo? _____

K. Cuéntenos sobre los gastos de su hogar

Para ayudarnos a determinar la cantidad correcta de los beneficios de asistencia alimentaria, cuéntenos sobre su vivienda y otros gastos.

Tipo de gasto			Monto
¿Su casa es rentada? Si está rentando, indique el nombre, domicilio y teléfono del propietario:	Sí	No	\$
Si está rentando, ¿es una vivienda subsidiada, de la Sección 8, del HUD, o de otro tipo?	Sí	No	\$
¿Es usted propietario o está por adquirir su vivienda?	Sí	No	\$
¿Paga impuestos de propiedad no incluidos en el pago de la vivienda?	Sí	No	\$
¿Paga un seguro de hogar que no está incluido en el pago de la casa?	Sí	No	\$
¿Paga por el cuidado de menores o de las personas a su cargo?	Sí	No	\$
¿Paga manutención de menores? Indique la cantidad pagada y el número de la resolución judicial para cada menor:	Sí	No	\$
Si tiene 60 años o más, o está discapacitado, ¿tiene algún gasto médico? Incluya las primas de seguro médico y de Medicare. Si necesita incluir información adicional, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$

¿Paga gastos de calefacción o refrigeración? Sí No

¿Usted o alguien en su residencia ha recibido Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIEAP, por sus siglas en inglés) en los últimos 12 meses? Sí No

¿Alguien le ayuda a pagar alguno de los gastos domésticos mencionados? Sí No

Por favor lea esta información antes de firmar

Derechos, responsabilidad y sanciones

- He leído y entendido mis derechos y responsabilidades que figuran en la página desprendible al final de este formulario.
- Comprendo las preguntas de este formulario de solicitud.
- Entiendo las sanciones por ocultar información (las sanciones se indican al final de esta solicitud).
- Entiendo las sanciones por dar información falsa (las sanciones se indican al final de esta solicitud).

Cambios que usted debe informar

- Entiendo que seré notificado sobre los cambios que debo informar.
- Le informaré al DCF sobre los cambios que podrían afectar mi elegibilidad o el nivel de beneficios.

Verificaremos la información que nos proporcione

- Entiendo que verificarán la información que proporcione en este formulario de solicitud.
- Entiendo que pueden contactar otras agencias como funcionarios federales, estatales y locales, empleadores, proveedores de servicios médicos, empresas, organizaciones financieras y proveedores de servicios de cuidado de menores para verificar la información.
- Entiendo que usarán la información que verifiquen y que eso podría afectar mi elegibilidad o el nivel de beneficios.

Información sobre los Números de Seguro Social:

- Entiendo que tengo que proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para las personas de mi hogar que soliciten asistencia.
- Entiendo que el DCF usa los números de Seguro Social. Los números se utilizan para cotejo electrónico con la Administración de la Seguridad Social, el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad, el Servicio de Impuestos Internos y otras organizaciones y agencias.

Información sobre los Servicios de Manutención de menores:

- Estoy de acuerdo en ayudar a los Servicios de Manutención de menores (CSS) a establecer la manutención para los menores de mi casa. Ayudaré a CCS a hacer cumplir las órdenes de manutención para los menores.

Información sobre gastos de asistencia alimentaria:

- Entiendo que debo reportar y, si son cuestionables, comprobar los gastos de mi hogar o no obtendré una deducción por ellos.

Información sobre la cooperación con el programa laboral:

- Acepto que todos quienes reciben asistencia alimentaria deberán cooperar con requerimientos de trabajo, a menos que se encuentren exentos.
- Entiendo que la persona que no coopere no recibirá asistencia alimentaria.

Firma

Entiendo que toda la información proporcionada en esta solicitud y toda la información proporcionada al personal del DCF en mi nombre está protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluyendo la información relativa al estatus de ciudadanía y de inmigración. Entiendo que, además de otras sanciones, es ilegal obtener, intentar obtener o ayudar a cualquier otra persona a obtener, mediante una declaración o afirmación deliberadamente falsa, o mediante suplantación, colusión u otro medio fraudulento, asistencia a la que ellos o yo no tengamos derecho, y esto constituirá el delito de robo, tal como lo definen las Leyes Comentadas de Kansas (K.S.A., por sus iniciales en inglés). 21-5801 y sus enmiendas, lo que podría constituir un delito grave castigado con pena de prisión, multa o ambas, y su infractor también puede ser objeto de enjuiciamiento en virtud de otras leyes estatales y federales aplicables.

Su firma (obligatoria)

Fecha

Firma de su cónyuge u otro adulto en su casa (no es obligatoria)

Fecha

Firma del Primer Testigo (obligatoria si usted no puede firmar su nombre)

Fecha

Información adicional

Use este espacio para incluir información adicional para cualquiera de las secciones anteriores de la solicitud.

Departamento de Menores y Familias de Kansas – Solicitud de beneficios para familias Derechos y responsabilidades – Lea y conserve para sus registros

Su solicitud de asistencia alimentaria se procesará dentro de 30 días. Si usted es elegible, los beneficios comenzarán a partir de la fecha en que se reciba una solicitud firmada en la oficina del DCF. Es posible que pueda obtener asistencia alimentaria en un plazo de 7 días naturales si cumple con los requisitos. Le haremos saber si califica para este procesamiento especial.

Sus responsabilidades

Usted es responsable de:

- Proporcionar toda la información necesaria para determinar su elegibilidad;
- Informar cambios según se requiera – le informaremos sobre lo que debe informar;
- Cooperar con Servicios de Manutención de menores (CSS);
- Cooperar con el personal de Aseguramiento de la Calidad si se revisa su caso.

Derechos del DCF

El DCF tiene derecho a:

- Usar la información de esta solicitud, incluyendo el número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de cada persona en su hogar, para determinar si su hogar puede recibir los beneficios. Verificaremos esta información a través de programas de cotejo electrónico de datos. Esta información también se utilizará para asegurarse de que usted está recibiendo la cantidad correcta de beneficios.
- Verificar la condición de extranjero de los miembros del hogar solicitante presentando la información de la solicitud al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). La información recibida puede afectar la elegibilidad de la familia y la cantidad de los beneficios.
- Revelar la información de su solicitud a otras agencias federales y estatales para su examen oficial y al personal de procuración de justicia con el propósito de arrestar a las personas que huyen de la ley.
- Remitir la información de esta solicitud a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de reclamaciones, para el cobro de las reclamaciones si hay pagos en exceso en contra de su hogar.
- Realizar una investigación completa sobre su elegibilidad, incluyendo el contacto con empleadores, proveedores de cuidado de menores, bancos, médicos o visitando su casa.
- Rechazar su solicitud o procesarlo por fraude si a sabiendas nos da información falsa para recibir asistencia.

Derechos civiles

Usted tiene derecho a:

- Que se le proporcione un intérprete sin costo alguno si el inglés no es su idioma principal.
- Que se mantenga la confidencialidad de la información que proporcione al DCF, a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas del DCF.
- Retirar su solicitud en cualquier momento.
- Solicitar una audiencia justa dentro de los 90 días en relación con la asistencia alimentaria, si usted está en desacuerdo con la decisión. Para la asistencia alimentaria, puede solicitar una audiencia justa verbalmente o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del hogar o por un representante, como un abogado, un familiar, un amigo u otro portavoz.
- Saber que si solicita los beneficios de asistencia alimentaria, su solicitud de asistencia alimentaria no puede ser denegada solo porque le hayan negado beneficios para otros programas.
- Que sus beneficios se determinen a partir de la fecha en que esta solicitud sea recibida por el DCF.
- Consideraciones especiales y servicios confidenciales, si la búsqueda de un empleo o la búsqueda de manutención para menores le pone en peligro de violencia doméstica o de agresión sexual.

No envíe solicitudes aquí

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en:

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

(1) correo: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

(2) fax: (833)-256-1665, o (202)-690-7442; o bien por

(3) correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

No envíe solicitudes aquí

Infracciones y penalidades

Las familias pueden perder los beneficios por no cooperar con los siguientes programas de la agencia:

Requisitos de empleo – registrarse para el empleo, buscar empleo, prepararse para el empleo y conservar un trabajo.

En el caso de la asistencia alimentaria, solo la persona que no cumpla con los requisitos de empleo, no será elegible para recibir los beneficios. Los demás miembros del hogar que reciben asistencia alimentaria pueden obtener los beneficios, si tienen derecho a ellos. La elegibilidad para la persona se volverá a determinar cuando deje de existir la omisión o la negativa a cumplir los requisitos de empleo.

El Programa de Asistencia Alimentaria, Empleo y Capacitación - Las siguientes penalidades aplican a las infracciones por el hecho de no cooperar con el Programa de Asistencia Alimentaria, Empleo y Capacitación sin una buena causa:

1ra Infracción - La persona que no cooperó no recibirá Asistencia Alimentaria por un mínimo de 3 meses.

2da Infracción - La persona que no cooperó no recibirá Asistencia Alimentaria por un mínimo de 6 meses.

3ra Infracción - La persona que no cooperó no recibirá Asistencia Alimentaria por un mínimo de 12 meses.

Servicios de Manutención de menores – establecer la paternidad de un menor y cobrar la manutención del menor.

Para la asistencia alimentaria, cualquier miembro adulto del hogar que no coopere con los Servicios de Manutención Infantil sin causa justificada, no será elegible para los beneficios de asistencia alimentaria hasta que el DCF determine que el hogar ha cooperado. Los demás miembros de su hogar que reciban asistencia alimentaria pueden obtener los beneficios, si tienen derecho a ellos de otra manera.

Fraude

Cualquier miembro de su hogar que viole intencionalmente cualquiera de las siguientes reglas puede ser excluido del programa de asistencia alimentaria por un año, incluso ser descalificado de manera permanente. Puede ser multado por hasta 250,000 dólares, ser sentenciado a 20 años de cárcel, o ambos. La persona también puede quedar sujeta a juicio conforme a otras leyes federales y estatales aplicables, y también puede quedar excluida del programa de asistencia alimentaria por otros 18 meses, si así lo ordena el tribunal.

- No mienta ni oculte información para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.
- No use ni tenga en su poder Tarjetas de Beneficios de Kansas que no sean suyas.
- No intercambie ni venda las Tarjetas de Beneficios de Kansas.
- No utilice los beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no alimentarios, como alcohol o cigarrillos, ni para pagar cuentas de crédito.

Si hace declaraciones falsas o engañosas y se le declara culpable de declarar falsamente, o cometió algún acto que constituya una violación a la asistencia alimentaria, las regulaciones de asistencia alimentaria o cualquier estatuto estatal con el objetivo de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar beneficios de asistencia alimentaria o tarjetas EBT, no podrá recibir beneficios de asistencia alimentaria:

- Por 1 año si su declaración falsa fue sobre algo que no sea la identidad o la residencia y es su primera violación del programa;
- Por 2 años si su declaración falsa fue sobre algo que no sea la identidad o la residencia y es su segunda violación del programa;
- Por 10 años si su declaración falsa fue acerca del lugar donde vive o su identidad, para obtener beneficios duplicados;
- De manera permanente si su declaración falsa fue sobre algo que no sea la identidad o la residencia y es su tercera violación del programa;
- Por 2 años si intercambió beneficios por sustancias controladas como drogas y es su primera ofensa;
- De manera permanente si intercambió beneficios por sustancias controladas como drogas y es su segunda ofensa;
- No será elegible de manera permanente para participar en el programa de asistencia alimentaria si:
 - Intercambia beneficios de asistencia alimentaria por armas de fuego, municiones o explosivos;
 - Intercambia, compra o vende beneficios de asistencia alimentaria por \$500 o más;
 - Trafica beneficios de asistencia alimentaria incluido, de manera no limitativa, lo siguiente:
 - Comprar, vender, robar o intercambiar beneficios por dinero en efectivo;
 - Comprar refrescos, agua u otros artículos en un envase para obtener el depósito en efectivo;
 - Comprar un artículo con la asistencia alimentaria y luego venderlo a propósito por dinero en efectivo; y/o
 - intercambiar dinero en efectivo por artículos pagados con los beneficios de la asistencia alimentaria.

En todos estos casos, los demás miembros de su hogar que reciban asistencia alimentaria pueden obtener los beneficios si reúnen los requisitos de otra manera, pero seguirán siendo responsables de devolver el monto de cualquier pago en exceso de beneficios que haya recibido la persona descalificada.

Condenas por delitos graves relacionados con drogas

En un hogar que reciba asistencia alimentaria, ninguna persona que sea condenada por un delito grave cometido a partir del 22 de agosto de 1996, que incluya como elemento de dicho delito la fabricación, el cultivo, la distribución, la posesión o el uso de una sustancia controlada o de un análogo de una sustancia controlada, podrá tener derecho a recibir los beneficios de la asistencia alimentaria hasta que la persona participe en un programa aprobado de tratamiento de la drogadicción y presente y apruebe un plan de pruebas de detección de drogas aprobado. Una segunda condena por un delito grave relacionado con drogas hará que esa persona no pueda recibir asistencia alimentaria de por vida. El resto de los miembros del hogar que reciban asistencia alimentaria podrán obtener los beneficios si de otra manera son elegibles para hacerlo.

Esta información puede ser necesaria para procesar su solicitud

Podemos pedirle que nos proporcione algunos o todos los siguientes ítems:

- Comprobantes de los gastos médicos que usted tiene para adultos mayores o personas discapacitadas, como medicamentos, facturas médicas y hospitalarias
- Comprobantes del lugar donde vive
- Prueba de identidad
- Comprobante de ciudadanía para quienes desean recibir beneficios
- Comprobantes de condición de no ciudadano para quienes desean recibir beneficios
- Comprobantes de la manutención a menores y/o pensión alimenticia pagada o recibida en los últimos 3 meses
- Comprobantes de ingresos
- Si es trabajador(a) autónomo(a), declaraciones de impuestos federales, registros contables
- Recibos de renta/pagos de la casa (incluyendo seguros e impuestos sobre la propiedad)
- Estados de cuenta bancarios para cuentas de cheques, cuentas de ahorros
- Otro: _____

Podemos ayudarle a obtener la verificación requerida. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar la solicitud, llámenos sin costo al tel. 888-369-4777.



Departamento de Menores y Familias de Kansas

Anexo a la Solicitud y Formularios de Autorización para la obtención de Información

OPCIONAL Autorización para la obtención de Información

¡Ayúdenos a ayudarlo!

No tiene que firmar esta obligación, pero nos ayudará a obtener la información que necesitamos para ayudarlo sin tener que tener su firma en solicitudes específicas.

Debe saber que:

- Es posible que necesitemos mayor información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si se necesita más información de usted, recibirá una carta diciéndole lo que necesitamos y la fecha en que debe hacérselo llegar.
- Usted es responsable de obtener la información o de pedirnos ayuda para obtenerla.
- Si no nos da la información o nos pide ayuda antes de la fecha límite, su solicitud puede ser denegada o su asistencia puede cesar.
- Tal vez podamos usar la autorización a continuación para obtener la información que necesitemos, pero aun así usted tendrá que proporcionarnos la información que le solicitemos o pedirnos ayuda.
- Podemos adjuntar una copia de esta autorización a un formulario en el que se le pida a otras personas u organizaciones (como su empleador) información específica necesaria sobre usted u otros miembros de su hogar.

Anote su nombre y firme abajo para darnos permiso de obtener la información necesaria.

AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente, autorizo a cualquier persona u organización a proporcionar al Departamento de Menores y Familias de Kansas la información solicitada sobre mí o sobre otros miembros de mi hogar.

Una copia de esta liberación es tan válida como el original.

Esta autorización no aplica a la información de salud protegida.

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma.

Su nombre (escriba en letra de molde de manera clara)

Nombre de otro adulto (escriba en letra de molde de manera clara)

Firma

Firma

Fecha

Fecha

Registro para el empleo para Asistencia Alimentaria

Derechos y Responsabilidades

Registro para el empleo

Para que usted y los miembros de su hogar puedan recibir Asistencia Alimentaria, todos los miembros de su hogar que tengan entre 16 y 59 años de edad deben inscribirse para trabajar, a menos que estén exentos. Si no se cumplen los requisitos que figuran a continuación sin causa justificada, puede producirse la pérdida o reducción de los beneficios de la Asistencia Alimentaria.

Para recibir los beneficios de Asistencia Alimentaria, todos los miembros no exentos del hogar están obligados a:

- Registrarse para el empleo
- Participar en un programa de empleo y de capacitación si es asignado a dicho programa por el DCF
- Aceptar una oferta de empleo adecuada
- No renunciar voluntariamente a un trabajo de al menos 30 horas por semana
- Proporcionar información a la oficina del DCF sobre cualquier empleo actual o disponibilidad para trabajar

Instrucciones sobre el registro para el empleo

- Visite www.kansasworks.com.
- Haga clic en la pestaña de Buscadores de empleo (*Job Seekers*) y luego clic en el botón Crear una cuenta de buscador de empleo (*Create a Job Seeker Account*).
- Ingrese su número de Seguro Social y llene los campos requeridos con la información para la nueva cuenta.

Puede haber disponible ayuda para este proceso en línea en su centro de trabajo, biblioteca o centro de servicio del Departamento de Menores y Familias local.

Si tiene preguntas sobre cómo registrarse en línea para el empleo, por favor contáctese con el Servicio de Ayuda de KANSASWORKS al tel. 1-800-255-2458 o contáctese directamente con un centro de trabajo.

Adultos sanos sin dependientes (ABAWD)

Los adultos sanos sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés) que tienen entre 18 y 49 años y que no tienen hijos menores de 18 años en el hogar sólo pueden recibir tres meses de beneficios de Asistencia Alimentaria en un período de tres años (36 meses) a menos que cumplan con los requisitos de empleo cada mes, haciendo lo siguiente:

- Trabajar al menos 20 horas por semana, que incluye el trabajo en especie.
- Participar voluntariamente y cumplir con el Programa de Empleo y Capacitación para Asistencia Alimentaria durante 20 horas o más por semana en los condados donde se encuentre disponible. Los condados donde actualmente se encuentra disponible son: Shawnee, Sedgwick, Johnson, y Wyandotte
- Participar en otro programa de capacitación aprobado

Cumplir con el requisito de empleo incluye trabajar 80 horas al mes o participar en un programa de empleo de 80 horas al mes. Durante el tiempo en que un individuo esté exento de cumplir con el requisito de empleo para ABAWD, como se ha señalado anteriormente, cualquier período de participación en el Programa de Asistencia Alimentaria no se cuenta en el límite de 3 meses.

Exenciones y consecuencias

Las siguientes personas están exentas de los requisitos de empleo, conforme a la normativa federal:

- Personas menores de 16 (o 18 años y que todavía reciban TANF) o de 59 años o más
- Personas física o mentalmente no aptas para el empleo

Registro para el empleo para Asistencia Alimentaria (cont.)

- Que tengan hijos menores de 6 años en el hogar que reciba Asistencia Alimentaria
- Mujeres embarazadas
- Personas con discapacidad
- Estudiantes inscritos por lo menos a medio tiempo en cualquier escuela, programa de capacitación o institución de educación superior reconocida
- Personas que señalen ser responsables del cuidado de un miembro del hogar incapacitado
- Un participante regular en un programa de tratamiento y rehabilitación de alcoholismo o drogadicción
- Personas que reciban prestaciones por desempleo
- Una persona de 17 años o menor, o que tenga 18 años y trabaje para obtener un diploma de escuela secundaria o su equivalente. Para los efectos de esta disposición, se considerará exenta a una persona el mes en que cumpla 18 años y, si asiste a la escuela, el mes en que cumpla 19 años.

Un cliente que no cumpla con los requisitos de empleo puede ser inelegible para recibir Asistencia Alimentaria durante los siguientes períodos de tiempo y hasta que cumpla con los requisitos de empleo: tres meses de inelegibilidad para una primera sanción; seis meses para una segunda sanción; y un año para una tercera y cualquier sanción posterior.

Si su situación cambia y cree que podría recuperar la Asistencia Alimentaria, por favor póngase en contacto con su oficina del DCF para mayor información. Usted tiene derecho a pedir una audiencia justa si no está de acuerdo con una decisión tomada en su caso.

Oficinas del DCF abiertas en días hábiles de la semana: 8 a.m. – 5 p.m.

Teléfono de atención al cliente: 1-888-369-4777

www.dcf.ks.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



K-STATE
Research and Extension



ASISTENCIA ALIMENTARIA Y SNAP-ED

Trabajando juntos para un Kansas más sano

Clases **GRATUITAS** sobre cómo aprovechar sus dólares destinados a la alimentación y cómo preparar comida nutritiva para su familia.

¡Regístrese hoy para SNAP-Ed!

Qué aprenderá:

- Cómo elegir y preparar comidas y colaciones nutritivas
- Cómo aprovechar mejor sus dólares destinados a la alimentación
- Recetas sobre cómo preparar comidas fáciles en poco tiempo
- Cómo manejar, preparar y almacenar los alimentos de manera segura
- Cómo ser más activo físicamente
- Cómo desarrollar habilidades de elaboración de presupuestos, compras y cocina

El registro para SNAP-Ed es voluntario:

La elegibilidad para recibir los beneficios del SNAP no depende de la participación en SNAP-Ed.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

¿Cuál es la mejor manera de contactarlo? _____

Autorizo la divulgación de mi nombre y datos de contacto al Programa SNAP-Ed de Kansas:

Firma: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.