

Esta información se proporciona en este formato alternativo exclusivamente para propósitos informativos. Si desea hacer una solicitud, debe someterla por escrito, en un formato no alternativo.

**OFICINA DE ASISTENCIA TEMPORAL
Y ASISTENCIA PARA
DISCAPACITADOS DEL ESTADO DE
NUEVA YORK**

CÓMO LLENAR LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP, por sus siglas en inglés) PARA RECIBIR O REVALIDAR EL SUBSIDIO SNAP; DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO DE SNAP

La solicitud/revalidación LDSS-4826 del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) *SOLAMENTE puede usarse para solicitar o renovar SNAP*

Si usted es ciego o tiene una discapacidad visual grave y necesita una solicitud o estas instrucciones en un formato alternativo, puede solicitarlas a su distrito de servicios sociales (SSD, por sus siglas en inglés). Los formatos alternativos disponibles son los siguientes:

- Letra grande;

- Formato de datos (archivo electrónico accesible con lector de pantalla);
- Formato de audio (transcripción en audio de las instrucciones o preguntas de la solicitud); y
- Braille, si afirma que ninguno de los formatos alternativos será igualmente efectivo para usted.

Las solicitudes y las instrucciones también están disponibles para descargar en letra grande, formato de datos y formato de audio en www.otda.ny.gov. Tenga en cuenta que las solicitudes están disponibles en formato de audio y Braille únicamente con fines informativos. Para presentar una solicitud, debe enviar una solicitud por escrito, en un formato no alternativo.

Si tiene alguna discapacidad que le impide completar esta solicitud o esperar para ser entrevistado, notifique a su SSD. El SSD hará todo lo posible para proporcionarle una modalidad razonable que satisfaga sus necesidades.

Si necesita otro tipo de solución o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con su SSD. Nos comprometemos a darle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa.

LDSS-4826A SP LP (Rev. 12/23)

OFICINA DE ASISTENCIA TEMPORAL
Y ASISTENCIA PARA
DISCAPACITADOS DEL ESTADO DE
NUEVA YORK

**CÓMO LLENAR LA SOLICITUD DEL
PROGRAMA DE ASISTENCIA
NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA
(SNAP, por sus siglas en inglés) O
REVALIDAR PARA RECIBIR EL
SUBSIDIO SNAP; DERECHOS Y
RESPONSABILIDADES DEL
SOLICITANTE/BENEFICIARIO DE
SNAP (LDSS-4826)**

***La solicitud LDSS-4826 puede usarse SOLAMENTE
para solicitar o renovar SNAP***

Si solamente quiere solicitar o renovar SNAP, puede usar la aplicación LDSS-4826. Si desea solicitar otros

beneficios tales como Asistencia Temporal, Asistencia para el Cuidado de Niños, Programa de Subsidio de Energía para el Hogar o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente.

Quando usted solicite el subsidio SNAP

- Puede presentar la solicitud el mismo día en que la recibe. Debemos aceptar su solicitud si, como mínimo, contiene su nombre, dirección (si tiene) y una firma. Esta información establecerá la fecha de presentación de su solicitud.
- Para que se determine si reúne los requisitos, debe completar el proceso de solicitud, que incluye tener una entrevista y firmar la declaración de certificación en la página 8 de la solicitud/revalidación. Si reúne los requisitos, recibirá los subsidios de forma retroactiva desde la fecha en que presentó la solicitud.
- Puede solicitar y obtener el subsidio SNAP para los miembros de su familia que reúnan los requisitos, incluso si usted u otros miembros de la familia no tienen derecho a recibir los beneficios debido a la situación migratoria. Por ejemplo, los padres

inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar el subsidio SNAP para los hijos que sí satisfacen los requisitos.

- Todavía puede presentar la solicitud para el subsidio SNAP y reunir los requisitos, incluso si ya se venció el plazo límite de su Asistencia Temporal.

¿Necesita el subsidio SNAP de inmediato?
Es posible que usted reúna los requisitos para la tramitación acelerada de su solicitud de subsidio SNAP.

Si su familia no percibe ingresos o recursos líquidos, o estos son escasos, o sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, o usted es un inmigrante o un trabajador agrícola temporal que percibe ingresos y recursos escasos o nulos al momento de solicitar los beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir el subsidio SNAP dentro de los 7 días corridos desde la fecha en que presentó la solicitud. En el caso de que un residente de una institución solicite conjuntamente beneficios de SSI y SNAP antes de salir de la institución, la fecha registrada de presentación de la solicitud será la fecha de salida del solicitante de la institución.

Dónde puede solicitar el subsidio SNAP

Si usted vive **en las afueras de** la Ciudad de Nueva York, puede solicitarlo en línea en myBenefits.ny.gov; o llame o visite el distrito de servicios sociales (SSD, por sus siglas en inglés) en el condado en el que vive y pida el paquete de solicitud que puede enviar por correo o llevar a la oficina correspondiente. Puede obtener la dirección y el número de teléfono del distrito de servicios sociales en su condado llamando a la línea gratuita **1-800-342-3009**.

Si vive en la **Ciudad de Nueva York** y **no** solicitará también Asistencia Temporal, puede enviar la solicitud en línea en <http://www.nyc.gov/hra>; o llame o visite cualquier oficina del programa SNAP y pida un paquete de solicitud. Puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al **1-718-557-1399** o a la línea gratuita **1-800-342-3009**.

Entrevista para el subsidio SNAP

Generalmente, la entrevista de SNAP se realiza por teléfono. Si usted prefiere tener la entrevista personalmente en una oficina, deberá solicitarla con su distrito de servicios sociales.

Cuando usted revalida el subsidio SNAP

- Debe presentar la solicitud de revalidación firmada antes de la entrevista.
- Si no se presenta a la entrevista, es su responsabilidad comunicarse con el distrito de servicios sociales para reprogramarla y evitar que se cierre su caso.

Página Original 3

LDSS-4826A SP LP (Rev. 12/23)

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD/REVALIDACIÓN DE SNAP

Asegúrese de llenar todas las secciones con escribiendo con letra clara y LETRA DE MOLDE con tinta negra o azul.

NO escriba en las áreas sombreadas.

Si usted presenta la solicitud en nombre de otra persona, sírvase llenar el formulario con los datos de esa persona, no con los suyos.

FORMATOS ALTERNATIVOS: Marque “SÍ” o “NO” para indicar si usted es una persona ciega o tiene un impedimento visual grave y le gustaría recibir notificaciones en un formato alternativo. Si la respuesta es “SÍ”, marque el tipo de formato que desea. Hay formatos alternativos disponibles en letra grande, CD de datos, CD de audio o Braille, si afirma que ninguno de los otros formatos alternativos es igualmente efectivo para usted. Si necesita otro tipo de solución o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con su SSD.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE: escriba en **LETRA DE MOLDE** su nombre legal, incluyendo primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.

NÚMERO DE TELÉFONO: escriba en **NÚMEROS LEGIBLES** el teléfono de su casa.

OTRO TELÉFONO: escriba en **NÚMEROS LEGIBLES** otro teléfono en el que se lo pueda localizar, en caso de tenerlo.

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la calle, avenida, camino, etc., donde vive actualmente. Escriba en **LETRA DE MOLDE** el

nombre de la ciudad donde usted vive. **ESCRIBA** su código postal.

DIRECCIÓN POSTAL: escriba **EN LETRA DE MOLDE** la dirección postal, si es diferente de la dirección residencial.

OTRO NOMBRE: escriba **EN LETRA DE MOLDE** los apellidos de soltera, apellidos de un matrimonio anterior u otros nombres que alguna de las personas mencionadas aquí tenga o utilice actualmente.

Marque la casilla (✓) para indicar si está solicitando o revalidando el subsidio SNAP.

Marque la casilla (✓) para indicar si desea recibir notificaciones en español y en inglés o solamente en inglés.

SECCIÓN 2: Firme su nombre e incluya la fecha y su dirección (si tiene una) **SOLAMENTE** si en este momento usted quiere presentar la solicitud sin llenar la siguiente página para establecer la fecha de la solicitud. Para determinar si usted reúne los requisitos, debe completar el proceso de solicitud, incluyendo la entrevista, y firmar en la página 8.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR:

ENUMERE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO CON USTED.

Escriba, **EN LETRA DE MOLDE**, primero su nombre completo. Luego escriba **EN LETRA DE MOLDE** los nombres de las demás personas que viven con usted.

Escriba, **EN LETRA DE MOLDE**, el número de Seguro Social (si la persona no tiene un número de Seguro Social [SSN, por sus siglas en inglés], escriba “ninguno”), la fecha de nacimiento, el estado civil y el sexo de cada solicitante.

Marque (✓) Sí o No para indicarnos quién es la persona que solicita beneficios.

Para **cada** miembro del hogar, escriba **EN LETRA DE MOLDE** el parentesco con usted (por ejemplo: esposa, hijo, amigo, etc.).

Marque(✓) Sí o No, si esta persona compra y/o prepara comidas con usted.

Marque (✓) Sí o No para cada solicitante para indicar si es hispano o latino.

Indique con una S (Sí) o con una N (No) para cada código de raza*.

Códigos de raza o etnia: **I** – norteamericano(a) nativo(a) o nativo(a) de Alaska, **A** – asiático(a), **B** – negro(a) o afroamericano(a), **P** – nativo(a) de Hawái o islas del Pacífico, **W** – blanco(a)

El suministro de estos datos se hace de manera voluntaria. El hacerlo no afecta la elegibilidad de los solicitantes, ni el nivel de subsidios que reciban. Esta información se utiliza para garantizar que los subsidios del programa se distribuyan sin importar la raza, color de piel o nacionalidad.

SECCIÓN 4: Conteste todas las preguntas de la sección 4. Asegúrese de incluir los nombres de las personas que no son ciudadanas estadounidenses.

Página Original 4

LDSS-4826A SP LP (Rev. 12/23)

SECCIÓN 5: INGRESOS: Incluya todos sus ingresos y los del resto de las personas que viven con usted. Escriba EN LETRA DE MOLDE el nombre de la persona que recibe el ingreso, la fuente del ingreso y con qué frecuencia lo recibe. Los ingresos pueden incluir: trabajo habitual (salario), ingresos antes de la huelga, capacitación recibida en el trabajo, reserva militar, guardia nacional, programa estudiantil de trabajo, pensión

conyugal, sustento de menores, ayuda educativa (subsidios, becas, etc.), ingresos que reciba de amigos(as) o parientes (aparte de préstamos), asistencia temporal, pensiones o jubilaciones, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, pagos recibidos del seguro de desempleo, compensación laboral, cuidado de niños, manejo de un taxi, tareas de limpieza de casas u otros sitios, tareas rurales, ingresos provenientes de personas que comparten su hogar, ingresos provenientes de pensionistas o por la realización de artesanías.

NOTA: Pagos por Cuidado de Crianza y subsidio SNAP. Puede incluir el/la niño(a) o adulto bajo cuidado de crianza perteneciente al grupo familiar de SNAP. Si lo hace, los pagos por cuidado de crianza se tomarán en cuenta como ingresos. Todos los otros ingresos o recursos del niño que recibe cuidado de crianza también se tomarán en cuenta. Si tiene preguntas al respecto, consulte con la persona a cargo de su caso.

Asegúrese de contestar todas las demás preguntas de la sección 5.

SECCIÓN 6: RECURSOS: En general, los recursos no afectan la habilitación de los hogares que solicitan el

subsidio SNAP. Sin embargo, algunos datos referentes a los recursos se utilizan para determinar si usted califica para la tramitación acelerada de su solicitud.

Responda a todas las preguntas de la Sección 6 con sus datos y los datos de todas las personas que solicitan subsidio SNAP. Incluya la cantidad o valor en dólares (\$) y el nombre de la persona a quien pertenece el recurso.

Asegúrese de incluir todos los bienes compartidos con no miembros de su hogar. Los recursos pueden incluir: dinero en efectivo, dinero en efectivo que guarden otras personas, cuentas corrientes o de ahorro, bonos de ahorro, cuentas privadas de jubilación, planes de jubilación, cuentas individuales de fomento, acciones/bonos, fondos mutuos, fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero, edificios, terrenos, propiedades en renta, propiedades o casas de verano o tiempo libre, además de la casa residencial.

SECCIÓN 7: EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN E IDIOMA:

Ingrese el nombre de cada persona de su grupo familiar que solicita asistencia que tiene 16 años de edad o más, incluyéndose usted mismo(a). Para cada persona, coloque una “X” en la casilla de la sección “Máximo grado de escolaridad alcanzado”, utilizando los códigos de educación y capacitación que aparecen en el formulario

de SNAP (LDSS-4826). Marque únicamente una casilla por persona. Si usted marca una “X” en la columna “0” para una persona (indicando que la persona no tiene un diploma de secundaria o un diploma de equivalencia de escuela superior), ingrese el Máximo grado escolar completado por esa persona en la casilla que lee “Máximo grado escolar completado”. Deje la casilla “Máximo grado escolar completado” en blanco, si la columna “0” no ha sido marcada para una persona que está cursando la escuela superior o haciendo un curso de equivalencia de diploma de escuela superior. Sírvase indicar el idioma principal de cada persona del grupo familiar que recibe SNAP que tenga 16 años o más. El idioma principal es el idioma que la persona habla con mayor frecuencia.

NOTA: Es voluntario el suministro de información relacionada con el máximo grado de escolaridad, el Máximo grado escolar completado y los idiomas principales que habla la persona. El hacerlo no afecta la elegibilidad de los solicitantes, ni el nivel de subsidios que reciban. Esta información se solicita para cumplir con los requisitos de informes federales.

SECCIÓN 8: VIVIENDA Y GASTOS:

Escriba EN LETRA LEGIBLE la cantidad que paga por alquiler, hipoteca, pensión u otro arreglo realizado para

tener alojamiento. Incluya la cantidad en dólares (\$) que paga por impuestos sobre la propiedad y seguro de vivienda.

Si paga la calefacción por separado, marque (✓) la casilla que indica el tipo de calefacción que usa, e ingrese el nombre de la compañía de calefacción y su número de cuenta.

También indique si:

- Usted paga por otros servicios públicos aparte del alquiler o hipoteca; si tiene costos de aire acondicionado y, si los tiene, ¿quién paga los gastos por separado?
- ¿Paga alguien sustento de menores por orden judicial? De ser así, indique la cantidad y frecuencia de los pagos, y el nombre del menor por quien se paga el sustento.
- ¿Alguna de las personas solicitantes que viven en su hogar que está incapacitada o tiene al menos 60 años tiene gastos médicos tales como: servicio de cuidados de enfermería a domicilio, dentaduras postizas, audífonos, gafas, perros guías o animal de servicio, gastos médicos y de seguro médico,

atención hospitalaria o de cuidados de enfermería, servicios médicos o dentales, medicamentos recetados o transporte por razones médicas?

- ¿Algún miembro de su familia recibe Medicaid con copago (spenddown)? De ser así, indique quién y la cantidad.
- ¿Algún miembro de su hogar está matriculado en la escuela o en un programa de capacitación? De ser así, indique quién, dónde y el estado de la matriculación.
- Si usted o alguna de las personas que viven con usted, que es solicitante, tiene 16 años o más y está embarazada, seleccione “Sí” y escriba el nombre suyo/el de ella en el espacio indicado después de la pregunta.
- Si usted o alguna de las personas que viven con usted tiene 16 años o más tiene una condición que le impida trabajar o hacer cierto tipo de trabajo, seleccione “Sí” y escriba el nombre suyo o el de la persona en el espacio indicado después de la pregunta.

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 8.

Página Original 5

LDSS-4826A SP LP (Rev. 12/23)

SECCIÓN 9: DECLARACIONES LEGALES, RESPONSABILIDADES Y SANCIONES: Lea detenidamente esta sección o pídale a alguien que se la lea.

Nota: La ley del Estado de Nueva York estipula multas o encarcelamiento o ambas penas contra toda persona declarada culpable de ocultar información o de no decir la verdad con el propósito de obtener el subsidio SNAP.

Entiendo que el Estado usará mi número de seguro social para verificar con mis proveedores de energía doméstica si recibo beneficios del HEAP. Esta autorización también incluye el permiso para que cualquiera de mis proveedores de energía doméstica (incluida mi empresa de servicios públicos) revele cierta información estadística, incluyendo, entre otros datos, mi consumo anual de electricidad, el costo de electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos. Dicha información se revelará a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia

para Discapacitados y al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos con el fin de medir el rendimiento del Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP, por sus siglas en inglés).

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS –

Conforme la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que esta institución discrimine por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), creencia religiosa, discapacidad, edad, ideas políticas; o que tome represalias o venganzas por participar en actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa está disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidad que requieran medios de comunicación alternativos para obtener la información del programa (por ej., Braille, letra impresa grande, grabaciones de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los subsidios. Las personas con sordera,

dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con la oficina del USDA por medio del sistema de transmisión federal (Federal Relay Service) al teléfono (800) 877-8339.

Para presentar una queja contra el programa por discriminación, deberá llenar el formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que lo puede obtener en línea en:

<http://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>; o en una oficina del USDA; o llamando al (833) 620-1071; o mande una carta al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. Deberá enviar el formulario AD-3027 llenado o la carta por uno de los siguientes medios.

1. Por correo:

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

2. Por fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. Por correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

SECCIÓN 10: REPRESENTANTE AUTORIZADO DE

SNAP: Si usted desea que otra persona que no sea miembro de su grupo familiar solicite el subsidio SNAP u obtenga la tarjeta EBT de representante autorizado para que compre los alimentos por usted, escriba EN LETRA DE MOLDE el nombre, el domicilio y el número de teléfono de dicha persona, a no ser que por el contrario el grupo familiar solicitante haya asignado por escrito al representante autorizado.

SECCIÓN 11: FIRMAS: Firme con su nombre. Si usted es Representante Autorizado, tanto usted como la persona adulta responsable del grupo familiar deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 8 del formulario de solicitud o revalidación.

Cuando un Representante Autorizado solicita el subsidio SNAP a favor de una familia que no reside en una institución, **tanto el** Representante Autorizado como el jefe de familia u otro miembro adulto responsable del grupo familiar deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 8 del formulario de solicitud/revalidación.

SECCIÓN 12: INFORMACIÓN ADICIONAL: Use esta sección para proporcionar información adicional que usted crea necesaria.

SECCIÓN 13: CONSENTIMIENTO PARA RETIRAR LA SOLICITUD: Si decide no solicitar el subsidio SNAP, firme con su nombre y escriba la fecha. Usted puede volver a presentar una solicitud cuando lo desee.

Nota: La última página de esta solicitud es un formulario de inscripción para votar. Si necesita ayuda para llenar el formulario de inscripción para votar, consulte con la persona a cargo de su caso. El inscribirse o no para votar no afectará su habilitación ni la cantidad de asistencia que esta agencia le brinde.

Tanto la información contenida en su solicitud como la suministrada durante la entrevista será registrada y almacenada en el Sistema de Administración de Asistencia Pública (WMS, por sus siglas en inglés), el sistema digital estatal. Este sistema se usa para la administración de los programas de servicios sociales y para prevenir fraudes.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO DE SNAP

En los Libros de Información del Cliente (LDSS-4148A; LDSS-4148B y LDSS-4148C) se incluye información adicional sobre sus derechos y obligaciones. Estos libros se pueden obtener en su distrito de servicios sociales y en línea.

USTED TIENE *DERECHOS*:

- Como solicitante o beneficiario de SNAP, a usted se le debe programar la entrevista tan pronto como sea posible a fin de determinar si usted reúne los requisitos y para emitir los beneficios dentro de los 30 días de presentar la solicitud.

- Generalmente, la entrevista de SNAP se realiza por teléfono. Si usted prefiere tener la entrevista personalmente en una oficina, deberá solicitarla con su distrito de servicios sociales.
- Usted puede traer su propio intérprete a la entrevista. Si necesita un intérprete, la agencia se encargará de conseguir uno sin costo alguno para usted. No se le puede negar el acceso a los servicios porque no habla inglés con fluidez o tiene problemas auditivos o del habla. Los distritos de Servicios Sociales pueden utilizar los sistemas de retransmisión TTY/TTD para obtener acceso a los servicios para los solicitantes/beneficiarios con problemas auditivos o del habla. Si tiene alguna necesidad especial, puede solicitar adaptaciones especiales en su distrito de servicios sociales.
- Si tiene una discapacidad, tiene el mismo derecho a acceder y ser entrevistado para recibir el subsidio SNAP del mismo modo que alguien que no tiene una discapacidad.
- En un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que presentó su solicitud completada y se le entrevistó para el subsidio SNAP, se le comunicará si su

solicitud ha sido aprobada o denegada. Si reúne los requisitos para que su solicitud se tramite por medio del procedimiento acelerado, se le comunicará en un plazo de 7 días a partir de la fecha en la que entregó la solicitud si usted reúne los requisitos para el programa SNAP y se le avisará si necesita presentar documentación adicional.

- Recibirá una notificación por escrito informándole si su solicitud de SNAP ha sido aprobada o denegada:
 - Si la solicitud es aprobada, esta notificación le informará la cantidad de beneficios de SNAP que obtendrá;
 - Si se le rechaza la solicitud, esta notificación le dirá las razones y qué debe hacer si no está de acuerdo o no comprende esta decisión.

¿QUÉ ES UNA AUDIENCIA IMPARCIAL?

Una audiencia imparcial es la oportunidad que usted tiene para explicarle a un juez de derecho administrativo de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York, las razones por las que usted considera que la decisión tomada por el

distrito de servicios sociales en su caso fue errónea. Después de la audiencia imparcial, el Estado emitirá una decisión por escrito que indicará si la decisión del distrito de servicios sociales fue correcta o incorrecta. La decisión por escrito puede ordenar al distrito de servicios sociales que corrija su caso.

PLAZOS PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted desea solicitar una audiencia imparcial para obtener el subsidio SNAP, llame **de inmediato** ya que existen límites de tiempo. Si se espera demasiado, es posible que no obtenga una audiencia imparcial. **Si recibe una notificación acerca de su caso**, y usted desea solicitar una audiencia imparcial, la notificación le indicará con cuánto tiempo tiene para solicitarla. **Lea atentamente y en su totalidad la notificación. Si la notificación que recibió le indica que le han denegado, interrumpido o reducido su subsidio SNAP, puede solicitar una audiencia imparcial dentro de los 90 días contados a partir de la fecha de la notificación. Puede solicitar una audiencia imparcial durante el periodo de revalidación cuando usted crea que no está**

recibiendo el monto de subsidio SNAP que debería recibir.

Página Original 7

LDSS-4826A SP LP (Rev. 12/23)

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (*cont.*)

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Puede solicitar una audiencia imparcial desde cualquier zona del estado de Nueva York por teléfono, fax, Internet o por escrito a la dirección que aparece a continuación.

Teléfono: La línea gratuita para solicitudes para todo el Estado es 800-342-3334. Cuando llame, tenga a mano la notificación, si cuenta con ella.

Fax: Envíe su solicitud de audiencia imparcial al:
518-473-6735

Por Internet: Llene el formulario de solicitud digital en
<http://otda.ny.gov/hearings/>

Por correo: Si recibe una notificación, llene el espacio en blanco y envíe una copia de la notificación, o escriba a:

Fair Hearing Section

NYS Office of Temporary and Disability

Assistance

Fair Hearings

P.O. Box 1930

Albany, New York 12201-1930 *Conserve una copia de la notificación*

En persona: Si usted vive en la Ciudad de Nueva York, también puede solicitarla en persona, dirigiéndose a la oficina que aparece a continuación: **Office of Administrative Hearings, Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York**

EMERGENCIA: Si su situación es muy grave, la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York programará una audiencia imparcial para usted lo antes posible. Cuando llame o escriba para solicitar una audiencia imparcial, asegúrese de explicar que su situación es muy grave.

NOTA: Para audiencias imparciales de emergencia en la Ciudad de Nueva York solamente: llame al 800-205-0110. Solo use este número de teléfono para emergencias. Las solicitudes que no sean para emergencias no serán atendidas en este número.

INTÉRPRETES: si inglés no es su idioma principal o si usted tiene una discapacidad auditiva o del habla, tiene derecho a recibir servicios de un intérprete sin costo alguno.

ASISTENCIA ININTERRUMPIDA: Si usted recibe una notificación en la que se le informa que se interrumpirán o reducirán sus beneficios y solicita una audiencia imparcial antes de la **fecha de vigencia** en la notificación, su subsidio SNAP, en la mayoría de los casos, permanecerá igual (**“asistencia ininterrumpida”**) hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial. Si no recibe una notificación sobre su caso, y sus beneficios son interrumpidos o reducidos, al mismo tiempo que usted ha solicitado una audiencia imparcial, usted puede solicitar que se le reestablezca su subsidio SNAP (**“asistencia ininterrumpida”**) hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial.

Sin embargo, si usted recibe **“asistencia ininterrumpida”** y no se decide a su favor en la audiencia imparcial, usted tendrá que devolver todo monto de beneficio que recibió como “asistencia ininterrumpida” mientras esperaba por la decisión de la audiencia imparcial. Si **no** desea continuar recibiendo el subsidio SNAP que ha estado recibiendo hasta que se tome una

decisión en la audiencia imparcial, debe informárselo a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York cuando llame o mande una carta solicitando una audiencia imparcial.

CÓMO PREPARARSE PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York le enviará una notificación informándole cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial. Para ayudarlo a prepararse para la audiencia imparcial, tiene derecho a consultar el expediente de su caso y obtener copias gratuitas de los formularios y documentos que se entregarán al juez de derecho administrativo en la audiencia imparcial. También puede obtener copias gratuitas de cualquier otro documento en el expediente de su caso que crea que pueda necesitar para la audiencia imparcial. Por lo general, puede obtener estos documentos antes de la audiencia o, a más tardar, en la audiencia. Si solicita documentos relacionados con su audiencia y el distrito de servicios sociales no se los entrega antes o durante la audiencia, debe informarlo al juez de derecho administrativo.

En la audiencia, le sugerimos presentar testigos que puedan avalar su caso y documentos con los que cuente, tales como: **comprobantes de pagos salariales, contrato de alquiler, recibos, cuentas médicas**, para que le ayuden a explicar por qué usted cree que la decisión tomada por el distrito de servicios sociales es errónea.

A la audiencia imparcial puede venir acompañado(a) de un abogado, un pariente o un amigo que le pueda ayudar a explicar por qué usted cree que la decisión tomada por el distrito de servicios sociales sobre su caso es errónea. Si cree que necesita un abogado para que lo ayude con su audiencia imparcial, podrá obtener un abogado sin costo llamando a la Oficina de Asistencia Legal o Servicios Legales local. Para obtener los nombres de otros abogados, llame a su Colegio de Abogados local.

Página Original 8

LDSS-4826A SP LP (Rev. 12/23)

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (*cont.*)

Una persona de su distrito local de servicios sociales también estará presente en la audiencia imparcial para

explicar la decisión que el distrito de servicios sociales tomó sobre su caso. Usted o su representante podrán interrogar a esta persona y a cualquier testigo del distrito de servicios sociales.

Si no puede asistir a la audiencia imparcial, puede enviar a otra persona en su lugar. Si va a enviar a alguien que no es abogado a la audiencia imparcial, debe entregarle una carta a esta persona para que se la entregue al juez de derecho administrativo. En esta carta, debe decirle al juez que desea que esta persona tome su lugar en la audiencia imparcial. Si el juez de derecho administrativo decide que se requiere su presencia y su testimonio es necesario, la audiencia puede ser reprogramada para otro día para que usted comparezca. Se le notificará sobre la nueva fecha por correo.

NOTA: si usted lo solicita, podrá recuperar el dinero que gastó en transporte público, cuidado de niños y otros gastos necesarios en los que incurrió para asistir a la audiencia imparcial. Si no hay transporte público disponible, podrá recuperar el dinero que tuvo que pagar por otro tipo de transporte. Si no puede usar el transporte público debido a un problema médico, podrá recuperar el dinero que tuvo que pagar por otro tipo de transporte. Sin

embargo, se le pedirá que proporcione un comprobante médico.

CÓMO CONSULTAR EL EXPEDIENTE DE SU CASO Y REGISTROS ELECTRÓNICOS:

Una vez usted presenta una solicitud de SNAP o de cualquier otro tipo de ayuda, se generan expedientes de su caso y registros electrónicos de estos. Por lo general, tiene derecho a ver esos expedientes. Sin embargo, posiblemente **no** pueda examinar todos los expedientes. La persona a cargo de su caso le explicará las reglas.

Cuando usted manda una petición por escrito solicitando una copia de sus expedientes electrónicos, la Ley de Protección de la Información Personal exige que las agencias del estado de Nueva York le envíen sus expedientes, **o** le comuniquen la razón por la que no le darán sus expedientes, **o** le informen que recibieron su pedido y que van a determinar si está autorizado a obtener sus expedientes en un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha en la recibieron su carta de solicitud.

UN SOLICITANTE O BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO SNAP TIENE VARIAS RESPONSABILIDADES:

Requisitos laborales para solicitantes o beneficiarios del subsidio SNAP

A menos que una persona documente, de acuerdo con los requisitos del distrito de servicios sociales, que está exenta (que no está obligada) de cumplir los requisitos laborales de SNAP (como se describe a continuación), la persona debe:

- Aceptar un empleo o recomendación para una vacante de empleo;
- No renunciar a un trabajo ni optar por trabajar menos de 30 horas semanales sin tener una buena razón;
- Proporcionar información sobre su situación laboral y su disponibilidad para trabajar; y
- Participar en aquellas actividades laborales que el distrito de servicios sociales le asigne.

Una persona está exenta de cumplir de los requisitos laborales de SNAP, si en la documentación aportada, de

acuerdo con los requisitos del funcionario de servicios sociales, la persona:

- Es menor de 16 años de edad o mayor de 60 años de edad.
- Está física o mentalmente discapacitada, incapacitada o enferma y no puede incorporarse a las actividades laborales.
- Es responsable del cuidado de un niño dependiente menor de seis años. Si usted está participando en una actividad laboral bajo un programa de Asistencia Temporal financiado con fondos federales, esta exención de los requisitos laborales de SNAP no se aplica.
- Debe cumplir y cumple con los requisitos laborales de un programa de Asistencia Temporal financiado con fondos federales.
- Es responsable del cuidado de una persona incapacitada.
- Es un solicitante o beneficiario de prestaciones de seguro por desempleo.

- Participa regularmente en un programa de tratamiento y rehabilitación por abuso de drogas o alcohol.
- Es un estudiante matriculado por lo menos a tiempo parcial en una institución acreditada, un programa de capacitación o una institución de educación superior.
- Trabaja por lo menos 30 horas a la semana o gana por lo menos el equivalente de 30 veces el salario mínimo federal por semana.
- Es solicitante de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y subsidios SNAP amparado por las disposiciones conjuntas de procesamiento; o
- Tiene 16 o 17 años de edad, no es jefe de familia o asiste a la escuela o a un programa de capacitación laboral por lo menos a tiempo parcial.

Si la persona no cumple o se niega a cumplir con una asignación de trabajo de SNAP o renuncia a su trabajo, puede perder el subsidio SNAP. El período de tiempo que la persona no es elegible para los beneficios de SNAP depende de la cantidad de veces que la persona haya sido sancionada por no cumplir con un requisito laboral.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (*cont.*)

Requisitos adicionales para beneficiarios de SNAP que son Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés)

Una persona sujeta a cumplir con los requisitos laborales de SNAP, debe cumplir con los requisitos adicionales de SNAP, a menos que la persona:

- No tenga donde vivir;
- Tenga 24 años o menos y haya estado en cuidado de crianza al cumplir los 18 años;
- Sea menor de 18 años o tenga 53 años de edad o más;
- Viva en un hogar que recibe SNAP en el cual uno de los miembros es menor de 18 años de edad;
- Sea un veterano de guerra;

- Sea beneficiario de subsidios por incapacidad de fuentes privadas o públicas, como por ejemplo el subsidio por incapacidad del Estado de Nueva York;
- Esté embarazada; o
- No pueda trabajar por lo menos 80 horas mensuales debido a una limitación física o mental.

NOTA: Solamente la persona que cumpla con una o más de las condiciones señaladas anteriormente estaría exenta de los requisitos de ABAWD. Las otras personas que estén bajo la categoría ABAWD pertenecientes al grupo familiar beneficiario del subsidio SNAP deben cumplir con el requisito de ABAWD para continuar recibiendo el subsidio SNAP por más de 3 meses en un período de 36 meses.

Las personas que no están exentas de los Requisitos Adicionales expuestos arriba son personas ABAWD y son únicamente aptas para recibir el subsidio SNAP por tres meses en un período de 36 meses, a menos que la persona:

- Trabaje (incluido el trabajo en especie y el trabajo voluntario) por un mínimo de 80 horas al mes;

- Participe en un programa laboral o de capacitación para veteranos administrado por el Departamento de Trabajo o el Departamento de Asuntos de Veteranos;
- Participe en un programa laboral o de capacitación admisible aprobado por el distrito de servicios sociales por lo menos 80 horas al mes;
- Cumpla con una asignación del Programa de Experiencia Laboral (WEP, por sus siglas en inglés) por el número de horas equivalente a su subsidio SNAP dividido por la tarifa mayor del salario mínimo federal o estatal;
- Participe en un programa de la Ley de Oportunidades e Innovación de la Fuerza Laboral, el cual puede incluir búsqueda de empleo, preparación para el empleo, capacitación en habilidades ocupacionales y actividades educativas; o en el programa de Ley de Comercio de 1974, por lo menos 80 horas al mes; o
- Participe en una combinación de trabajo o programas laborales admisibles por lo menos 80 horas al mes.

NOTA: *Los requisitos federales para los ABAWD descritos anteriormente se aplican a cada persona bajo la categoría ABAWD del grupo familiar que recibe el subsidio SNAP.*

Si la persona ABAWD reúne alguno de los requisitos indicados anteriormente, pero no ha notificado al distrito de servicios sociales, dicha persona debe comunicarse inmediatamente con el distrito de servicios sociales y entregar la documentación relacionada con su participación para evitar la inhabilitación para recibir el subsidio SNAP, después de recibirlo por 3 meses en un período de 36 meses. Si la persona ABAWD no está trabajando o participando en una actividad aprobada por lo menos 80 horas al mes y desea seguir recibiendo el subsidio SNAP posterior al límite de 3 meses y no puede conseguir un empleo remunerado de por lo menos 80 horas al mes, dicha persona debe comunicarse inmediatamente con el distrito de servicios sociales para analizar qué tipo de trabajos o programas laborales están disponibles que le permitan a una persona ABAWD cumplir con el requisito laboral federal de ABAWD.

Además, la persona ABAWD debe presentar mensualmente documentación que compruebe su participación en actividades laborales no remuneradas e informar al distrito de servicios sociales dentro de 10 días de finalizado el mes si trabaja menos de 80 horas al mes. El incumplimiento de estos requisitos sin una buena causa

implicará que el ABAWD no sea elegible para los beneficios de SNAP.

MOTIVO JUSTIFICADO

Una persona bajo la categoría ABAWD puede tener un motivo justificado que le impidió cumplir con los requisitos laborales, trabajar o participar en actividades aprobadas de ABAWD por lo menos 80 horas al mes. Un motivo justificado es el acontecimiento o circunstancia ajena a la voluntad de la persona ABAWD que no le permite cumplir con el requisito laboral de ABAWD durante el mes. Se citan los siguientes ejemplos de motivo justificado, aunque sin carácter limitativo: una enfermedad temporal o emergencia de tipo familiar. Una persona debe presentar comprobantes de todo motivo justificado o la exención de los requisitos laborales, incluidos los reglamentos laborales para ABAWD, cuando el distrito de servicios sociales así lo requiera. Un comprobante de motivo justificado o exención podría ser una carta del profesional médico que brinda atención a la persona.

Si la persona cree que tiene un motivo justificado para no cumplir con el requisito laboral, incluido el requisito para ABAWD, o si cree que debería ser eximida de dichos requisitos porque cumple con una de las condiciones arriba mencionadas o vive en un área con una exención

aprobada para ABAWD; entonces, la persona debe comunicarse inmediatamente con el distrito de servicios sociales y proporcionarle la documentación que compruebe la exención. Si una persona ABAWD no cumple con los requisitos federales para ABAWD y, como resultado, pierde la habilitación para recibir el subsidio SNAP, es probable que dicha persona pueda recibir el subsidio SNAP nuevamente, si es apta y debe comunicarse inmediatamente con el distrito de servicios sociales para saber lo que tiene que hacer para poder volver a ser apta para recibir el subsidio SNAP.

Página Original 10

LDSS-4826A SP LP (Rev. 12/23)

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN (*cont.*)

SI ESTÁ BAJO SOSPECHA DE FRAUDE

Si se da cuenta que usted está bajo investigación porque la persona a cargo de su caso cree que usted no dijo la verdad en relación con los datos de su caso, le sugerimos consultar un abogado. Si se le acusa de fraude de asistencia social en un tribunal penal, el tribunal le

asignará un abogado, si usted reúne los requisitos, para que lo represente sin costo alguno.

OBLIGACIÓN DE REPROGRAMAR UNA ENTREVISTA A LA QUE NO PUDO ASISTIR:

Como solicitante o beneficiario del subsidio SNAP, usted es responsable de reprogramar una cita para la entrevista a la cual no pudo asistir dentro de un plazo de 30 a partir de la fecha en que envió la solicitud si no quiere perder el subsidio SNAP.

OBLIGACIÓN DE PRESENTAR PRUEBAS

Cuando usted solicite el subsidio SNAP, se le pedirá que presente ciertos comprobantes. El trabajador a cargo de su caso le indicará lo que necesita presentar. Los documentos obligatorios pueden variar para los diferentes programas de asistencia. Si el distrito de servicios sociales ya tiene determinados comprobantes que no cambian, como el número de seguro social, no es necesario que vuelva a presentarlos.

Si trae comprobantes de identidad y otros documentos importantes consigo la primera vez que solicita asistencia, podría obtener asistencia más rápido.

Si va a dejar los documentos en la oficina de servicios sociales, pida un recibo que muestre el nombre del

distrito, su nombre, la fecha, la hora, una lista de cada documento específico que deja, y el nombre del trabajador que le da el recibo.

Usted debe proporcionar los comprobantes que el trabajador encargado de su caso le ha indicado que son necesarios para determinar si usted reúne los requisitos para recibir el subsidio SNAP. Si tiene problemas para obtener el comprobante solicitado, comuníquese a la persona encargada de su caso.

INFORMACIÓN SOBRE HABILITACIÓN PARA NO CIUDADANOS ESTADOUNIDENSES

Muchas personas no ciudadanas estadounidenses son extranjeros habilitados que reúnen los requisitos para recibir el subsidio SNAP. Incluso si usted no lo es, sus hijos podrían ser elegibles. El que usted reciba el subsidio SNAP no afectará su condición migratoria con respecto a cualquier decisión que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (USCIS, por sus siglas en inglés) tome sobre su cuestión de inmigración.

Usted puede recibir el subsidio SNAP si usted es ciudadano(a) estadounidense, un no ciudadano nacional estadounidense (personas nacidas en Samoa Estadounidense o en la isla de Swain) o un extranjero con

un estado migratorio aprobado. Un extranjero no ciudadano con estado migratorio aprobado para recibir el subsidio SNAP se refiere a:

1. Un amerindio nacido en Canadá con al menos 50% de sangre de raza amerindia conforme al artículo 289 de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés); o
2. Un miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal, según lo estipula la Sección 4(e) de la Ley de Autodeterminación y Asistencia Educativa de los Pueblos Indígenas; o
3. Un extranjero admitido en calidad de hmong o laosiano de Highland, inclusive su cónyuge (o el cónyuge sobreviviente que no se ha vuelto a casar) e hijos solteros a cargo; o
4. Refugiados admitidos conforme la sección 207 de la INA; o
5. Un extranjero al que se le ha otorgado asilo conforme al artículo 208 de la INA; o
6. Un extranjero cuya deportación haya sido retenida conforme a la Sección 243(h) de la INA en vigencia antes del 1 de abril de 1997; o cuya remoción haya sido retenida conforme la Sección 241(b)(3) de la INA; o

7. Un extranjero ingresante cubano o haitiano, según lo define la Sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980; o
8. Un extranjero víctima de trata de personas según la Sección 103(8) de la Ley de Protección a Víctimas de Trata de 2000; o
9. Un extranjero con residencia legal en servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE. UU., con baja honorable, cuya baja no se debe a su estado migratorio, su cónyuge y menores a cargo solteros, y el cónyuge supérstite que no se ha vuelto a casar; o
10. Un extranjero admitido como inmigrante amerasiático; o
11. Un extranjero admitido legalmente con residencia permanente conforme a la INA y que haya tenido ese estado migratorio por 5 años; o
12. Un extranjero admitido por razones humanitarias o de interés público según la sección 212 (d)(5) de la INA por un periodo mínimo de 1 año y haya tenido ese estado por 5 años; o
13. Un cónyuge o niño maltratado, el padre o madre de un niño maltratado, o el niño de madre o padre maltratado con petición pendiente o aprobada conforme el 8 USC 1641(c) que ingresó antes del 22

de agosto de 1996 y haya tenido ese estado por 5 años; o

14. Los extranjeros además pueden recibir el subsidio SNAP si:

- Han sido admitidos con residencia legal permanente y han trabajado o se les puede acreditar 40 trimestres de trabajo; o
- Tienen uno de los estados migratorios aprobados anteriormente y reciben ciertos beneficios por incapacidad o ceguera; o
- Tienen uno de los estados migratorios indicados anteriormente y son menores de 18 años; o
- Residen legalmente en los EE. UU., al día 22 de agosto de 1996 y ahora son ciegos o incapacitados, o tienen 60 años o más; o
- Son nacionales iraquíes o afganos a quienes se les otorgó un estado migratorio especial conforme a la sección 101(a)(27) de la INA o se les ha otorgado entrada condicional conforme a la sección 203(a)(7) de la INA en efecto antes del 1 de abril de 1980.