



Para presentar su solicitud: Tiene el derecho de solicitar beneficios del SNAP en cualquier momento.

• Los beneficios se entregan a partir de la fecha en que la División de Apoyo a la Familia (FSD) recibe su solicitud, la cual debe contener su nombre, domicilio y firma. Llene las secciones 2 a 6 para ayudar a la FSD a agilizar el trámite de su solicitud.

Si tuviera que llevarse a cabo una entrevista, esta puede realizarse vía telefónica. El siguiente día hábil a la fecha en que se registre su solicitud, la División de Apoyo a la Familia intentará llamarlo para llevar a cabo su entrevista si usted proporcionó un número telefónico en la solicitud. Si no proporcionó ningún número telefónico o si no puede llevar a cabo su entrevista en el momento en que llamemos, comuníquese al teléfono 855 823 4908 para llevar a cabo su entrevista o acuda a una oficina de la FSD para llevarla a cabo a la brevedad posible. Es probable que le pidamos comprobantes de cierta información que usted haya facilitado a la FSD.

Fecha de la solicitud: De aprobarse, sus beneficios del SNAP se entregan a partir de la fecha en la que la FSD recibe su solicitud. Esa es su fecha de trámite. Si se encuentra internado en una institución y solicita beneficios del SNAP y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) al mismo tiempo, su fecha de trámite es la fecha en que sea dado de alta de la institución.

Representante Autorizado: Puede elegir a más de una persona o más de un servicio que se encargue de llenar su solicitud o administrar sus beneficios en su nombre. A esa figura se le denomina representante autorizado. Si desea un representante autorizado, llene el formulario del Representante Autorizado (IM-6AR) que está disponible en <https://dssmanuals.mo.gov/wp-content/uploads/2020/09/im-6ar-app.pdf> o llame a la FSD.

Medios para enviar su solicitud:

	Web:
	mydssupload.mo.gov
	Correspondencia:
	Family Support Division PO Box 2700 Jefferson City, MO 65102
	En persona:
	Localice una oficina: dss.mo.gov/offices.htm
	Fax:
	573-526-9400

Sección 1. Escriba sus datos

Su nombre completo (nombres y apellidos): _____ No tengo hogar

Domicilio (calle, ciudad, estado, C. P.): _____

Condado: _____

Dirección postal (si es otra): _____

Condado: _____

Teléfono 1: _____ Celular Casa Trabajo Otro

Teléfono 2: _____ Celular Casa Trabajo Otro

Correo electrónico: _____

Método preferido de contacto: Llamada Correo e. Correspondencia Mensaje de texto (no disponible en ciertos lugares)

POR ESTE CONDUCTO SOLICITO BENEFICIOS DEL SNAP, CON APEGO A LAS LEYES DEL ESTADO DE MISSOURI Y LOS REGLAMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Su firma: _____ Fecha: _____

Sección 2. Preguntas esenciales para agilizar el servicio

De ser aprobado, recibirá sus beneficios en un plazo de 7 días a partir de su fecha de trámite, siempre y cuando responda 'Sí' a cualquiera de las siguientes preguntas. De lo contrario, recibirá sus beneficios en un plazo de 30 días a partir de su fecha de trámite.

- ¿En este mes, su hogar anticipa recibir menos de \$150 en ingresos y tiene \$100 o menos disponibles en efectivo o en una cuenta de banco? Sí No
- ¿En este mes, los gastos de su hogar para pagar el alquiler o la hipoteca y/o los servicios públicos son superiores a su ingreso total, el dinero del que dispone en efectivo o en cuentas de banco? Sí No
- ¿Su hogar incluye a un trabajador agrícola, migrante o temporal, cuyos ingresos han sido interrumpidos y cuyos recursos en efectivo y en cuentas de banco no exceden los \$100? Sí No

Ayude a las FSD a identificarlo para agilizar el servicio. La FSD intentará corroborar su identidad vía electrónica. Por favor, (1) anexe una copia de su identificación a su solicitud, o (2) lleve a un amigo, familiar, su arrendador o su empleador a alguna oficina de la FSD, o (3) indique una persona a quien contactemos para que nos ayude a corroborar su identidad. De ser necesario, la FSD llamará a dicha persona.

Nombre de la persona con
quién corroborar su identidad:

Número
telefónico:

Sección 3. Miembros del hogar

Escriba su información en la 1.^a línea. Escriba la información de **todas** las personas que viven en su hogar, incluido su **cónyuge**, cualquier hijo menor de 22 años de edad que viva en su hogar —durante, por lo menos, la mitad (50%) del tiempo— y **cualquier individuo** que consuma **la mayoría de sus alimentos** en su hogar. Incluya a todos los miembros del hogar, independientemente de su ciudadanía o situación migratoria.

La ciudadanía o situación migratoria no impide automáticamente que un solicitante reciba beneficios del SNAP. La información racial y étnica se recopila para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color o nacionalidad. **No es necesario proporcionar dicha información y no repercute en su elegibilidad o en la cantidad que reciba en beneficios del SNAP.**

Usted decide si desea compartir el Número del Seguro Social (SSN) y la situación migratoria de los miembros del hogar. Sin embargo, no recibirán beneficios del SNAP las personas que no indiquen su SSN o situación migratoria. La situación migratoria de los miembros del hogar del solicitante posiblemente quede sujeta a verificación por parte del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS). La información que brinde el USCIS puede repercutir en su elegibilidad y en el nivel de los beneficios.

Nombre legal completo	Sexo **	Vínculo con el solicitante	Fecha de nacimiento	SSN	¿Hispano o latino?	Raza *
1.		Soy yo				
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

*Indique TODAS las que correspondan:

1. Blanco	2. Negro o afroamericano	3. Indígena americano o de Alaska
4. Asiático	5. Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacífico	

**No es necesario para determinar la elegibilidad del SNAP

Si no hay espacio suficiente para todos los miembros del hogar, anexe una lista adicional con su información.

1. ¿Usted y todos los miembros de su hogar compran y comen (cocinan) sus alimentos juntos? Sí No
Si eligió 'No', ¿quién no los compra ni come (cocina) con usted en su hogar? _____
2. Indique quién es un inquilino en su hogar: _____
3. Indique quién es menor o adulto bajo tutela (*foster child/adult*) en su hogar: _____
4. Indique quién no es ciudadano estadounidense en su hogar: _____
5. ¿Su idioma preferido es el inglés? Sí No
Si eligió 'No', ¿cuál es el idioma más utilizado en su hogar? _____

Sección 4. Declaraciones del hogar

Responda 'Sí' o 'No' a cada una de las preguntas de esta sección. En cada pregunta que responda 'Sí', escriba una explicación en el espacio en blanco. **Si responde 'Sí' a alguna de las preguntas en esta sección, es posible que la persona a la cual aplica la respuesta 'Sí' no sea acreedora a los beneficios del SNAP.**

1. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido sentenciados por comprar o vender beneficios del SNAP por \$500 o más, después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
2. ¿Usted o algún miembro de su hogar huyen o se ocultan de las autoridades para evitar juicio, prisión preventiva o encarcelamiento por un crimen (o intento de crimen) considerado delito grave? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
3. ¿Usted o algún miembro de su hogar infringieron su libertad condicional o libertad bajo palabra? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
4. ¿Usted o algún miembro de su hogar hicieron declaraciones fraudulentas sobre su identidad o domicilio para recibir beneficios del SNAP en 2 o más hogares al mismo tiempo? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
5. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido sentenciados por un delito grave de orden federal o estatal por posesión, uso o distribución ilegales de una sustancia controlada, después del 22 de agosto de 1996? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
6. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido sentenciados por recibir fraudulentamente múltiples beneficios del SNAP en cualquiera de los estados, después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
7. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido sentenciados por intercambiar beneficios del SNAP por armas, municiones o explosivos, después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
8. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido sentenciados por intercambiar beneficios del SNAP por drogas, después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
9. ¿Algún miembro de su hogar ha sido condenado por uno o más de los siguientes delitos a partir del 7 de febrero del 2014?
1. Abuso sexual agravado Sí No
2. Asesinato Sí No
3. Explotación sexual y otro tipo de abuso de menores Sí No
4. Agresión sexual Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
Enumere los delitos: _____

Sección 5. Información del hogar

Responda a las siguientes preguntas a título personal y según el caso de cada una de las personas que viven con usted (las indicadas en la Sección 3).

1. ¿Alguien ha recibido beneficios del SNAP en un estado que no sea Missouri en los últimos 30 días? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____ Estado: _____
2. ¿Alguien padece una discapacidad? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
3. ¿Alguien tiene 18 años de edad o más y asiste a la escuela? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____ Escuela: _____

Recursos

Los recursos son cuentas de banco y otros recursos monetarios que posee individualmente o junto con otras personas.

1. ¿Alguien posee una cuenta de banco o el nombre de alguien figura en una cuenta de banco? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____ Saldo: \$ _____ Nombre del banco: _____
\$ _____
2. ¿Alguien posee recursos en efectivo? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____ Saldo: \$ _____
\$ _____
3. ¿Alguien posee acciones, bonos o cuentas de jubilación como las IRA? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____ Valor en efectivo: \$ _____
\$ _____

Ingresos

Los ingresos son el dinero que le pagan, como el salario de su empleo, pagos del Seguro Social o la manutención infantil.

1. ¿Alguien percibe ingresos o dinero de un empleo? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién, quién es el empleador y cuál es el ingreso bruto mensual antes de impuestos o deducciones:

¿Quién percibe ingresos de un empleo?	Empleador	Cantidad mensual
		\$
		\$
		\$
		\$

2. ¿Alguien percibe ingresos o dinero que provengan de las siguientes fuentes? Sí No
Si respondió 'Sí', marque la fuente e indique quién percibe los ingresos y cuál es la cantidad mensual:

Fuente	¿Quién los percibe?	Cantidad mensual
<input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social (para jubilación, por discapacidad o para deudos)		\$
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		\$
<input type="checkbox"/> Beneficios de la Administración de Veteranos (VA)		\$
<input type="checkbox"/> Manutención Infantil		\$
<input type="checkbox"/> Prestaciones por desempleo		\$
<input type="checkbox"/> Donaciones o contribuciones		\$
<input type="checkbox"/> Préstamos estudiantiles, subvenciones, becas		\$
<input type="checkbox"/> Aquí indique otras fuentes:		
1.	1.	\$
2.	2.	\$

3. ¿El ingreso de alguien ha sido interrumpido o reducido en los últimos 30 días? Sí No
Si respondió 'Sí', indique de quién: _____ Fecha y monto del último cheque: _____

Gastos

Los gastos son las facturas que usted debe pagar.

1. ¿Alguien paga alquiler o hipoteca por la vivienda donde usted habita? Sí No
Si respondió 'Sí', indique la cantidad mensual total: \$ _____ ¿Quién paga? _____
2. ¿Alguien paga los siguientes servicios públicos en la vivienda donde usted habita? (Marque todos los que correspondan).
- Electricidad: ¿Se usa para calentar o enfriar su hogar? Sí No ¿Quién paga? _____
- Gas: ¿Se usa para calentar o enfriar su hogar? Sí No ¿Quién paga? _____
- Otro combustible: ¿Se usa para calentar o enfriar su hogar? Sí No ¿Quién paga? _____
Indique cuál es el combustible: _____
- Teléfono: ¿Quién paga? _____
- Basura: ¿Quién paga? _____
- Agua: ¿Quién paga? _____
- Alcantarillado: ¿Quién paga? _____
3. ¿Alguien paga manutención infantil o pensión alimenticia por disposición judicial? Sí No
Si respondió 'Sí', indique la cantidad mensual total: \$ _____
4. ¿Alguna persona discapacitada o de 60 años de edad o más tiene gastos médicos tales como el pago de primas de seguros o Medicare, consultas médicas, cuidados domiciliarios, anteojos o transporte para recibir atención médica? Sí No
Si respondió 'Sí', indique la cantidad mensual total: \$ _____

Sección 6. Avisos (lea la información siguiente y firme en la página 8)

MANIFESTACIÓN DEL USDA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Con apego a la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y normas del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que esta institución discrimine por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, convicciones políticas o en represalia o venganza por actividades de derechos civiles llevadas a cabo con anterioridad.

La información del programa podría ponerse a disposición en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para conocer la información del programa (ej., sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del lenguaje pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service, al teléfono (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia contra discriminación, llene el Formulario para Denunciar Discriminación en un Programa del USDA (Formulario AD-3027) al cual puede acceder por Internet en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al teléfono (833) 620-1071, o bien escribiendo una carta dirigida al USDA que incluya el nombre, domicilio y número telefónico del denunciante, junto con una descripción escrita suficientemente detallada del presunto acto de discriminación para que el Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) conozca la naturaleza y la fecha de la presunta violación a los derechos civiles. Envíe el formulario AD-3027 con sus datos por medio de cualquiera de las siguientes vías:

correspondencia:

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

fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442;

correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que garantiza igualdad de oportunidades.

NOTA: No envíe ningún material de su solicitud a la dirección anterior. La dirección anterior es solo para hacer denuncias relacionadas con los derechos civiles.

DECLARACIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN DEL DSS: El Departamento de Servicios Sociales de Missouri (DSS) está comprometido con los principios de igualdad de oportunidades en el empleo y el acceso equitativo a los servicios. En consecuencia, los empleados, solicitantes de empleo y contratistas del DSS reciben un trato equitativo, independientemente de su raza, color, nacionalidad, ascendencia, información genética, embarazo, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, religión o condición de veterano.

DERECHOS DE AUDIENCIA IMPARCIAL CON LA FSD: Usted tiene derecho a una audiencia en el caso de que haya solicitado o esté recibiendo beneficios del SNAP y ocurra lo siguiente:

- La FSD decide que usted no cumple los requisitos para recibirlos, pero usted considera lo contrario.
- La FSD le brinda beneficios del SNAP, pero luego los reduce o suspende y usted piensa que los motivos son erróneos.
- Discrepa con la información que se usó para determinar la cantidad de los beneficios o discrepa con la cantidad de los beneficios.
- La FSD se niega a recibir su solicitud.
- La FSD no actúa con prontitud ante su petición de ayuda, aunque usted considera que ha habido tiempo suficiente para actuar.

Si se rechazó su solicitud o ya se implementaron medidas en su caso, puede solicitar una audiencia en un plazo de 90 días a partir del rechazo o tras implementarse las medidas en cuestión. Si la medida propuesta cambia o suspende sus beneficios y usted solicita una audiencia en un plazo de diez días a partir de la fecha del aviso, puede continuar recibiendo los mismos beneficios hasta que se emita la decisión de la audiencia. Usted o su representante pueden solicitar una audiencia por teléfono, en persona o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del hogar o un representante, p. ej., abogado, familiar, amigo u otro portavoz.

USTED PODRÍA SER INHABILITADO PARA RECIBIR BENEFICIOS DEL SNAP SI REALIZA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ACCIONES:

- Vende los beneficios del SNAP por dinero en efectivo o por una retribución distinta de los alimentos permitidos, ya sea directamente, indirectamente, en complicidad o confabulación con otras personas o individualmente.
- Miente u oculta información para obtener beneficios del SNAP a los que su hogar no tiene derecho.
- Utiliza los beneficios del SNAP para comprar artículos no comestibles, como alcohol o cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito.
- Usa los beneficios del SNAP para comprar un producto que tiene un envase que requiere de un depósito que será reintegrado al devolver el envase, con el fin de obtener el monto del depósito al desechar el contenido y devolver el envase.
- Usa intencionalmente los beneficios del SNAP para comprar productos que le generen dinero. Por ejemplo, no compre alimentos para elaborar productos para revender.
- Paga sus compras de alimentos a crédito con los beneficios del SNAP.
- Usa o posee tarjetas EBT que no son suyas.
- Intercambia o vende tarjetas EBT u ofrece alimentos adquiridos con los beneficios del SNAP a miembros ajenos a su hogar.

DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LAS DISPOSICIONES DE FRAUDE

Mentir para recibir beneficios del SNAP o vender o intercambiar sus beneficios del SNAP son acciones que infringen la ley. Un número excesivo de solicitudes de reemplazo de la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) puede tener como consecuencia que se le remita a una investigación por fraude. 7 USC 2015(b)(1) Si un organismo administrativo o un tribunal federal o estatal determinan que un individuo hizo deliberadamente declaraciones falsas o engañosas, o tergiversó, ocultó o negó hechos, o cometió algún acto que constituye una transgresión de esta ley, las regulaciones establecidas en ella, o cualquier estatuto estatal, con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir o poseer beneficios del SNAP, el individuo no podrá participar —tan pronto como se dicte dicha determinación— en el programa durante un período de 1 año cuando se emita dicha determinación por primera ocasión, 2 años en la segunda ocasión y permanentemente en la tercera ocasión.

Los solicitantes no deben infringir la Ley de Alimentos y Nutrición del 2008, la cual comprende lo siguiente:

- **A todo miembro que vulnere deliberadamente cualquiera de las normas podría negársele su participación en el programa SNAP durante un año, o incluso de forma permanente, o podría imponérsele una multa de hasta \$250,000 o ser encarcelado hasta por 20 años, o ambas sanciones. También podría estar sujeto a enjuiciamiento con apego a otras leyes federales y estatales precedentes. También podría quedar excluido del programa SNAP durante un período adicional de 18 meses si así lo determina un tribunal.**
- **Todo miembro de su hogar que vulnere deliberadamente las normas podría ser inhabilitado para recibir beneficios del SNAP durante un año en la primera infracción, dos años en la segunda infracción y permanentemente en la tercera infracción.**
- **Si un tribunal determina que algún miembro de su hogar es culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que implica la venta de una sustancia controlada, usted será inhabilitado para recibir beneficios durante dos años en la primera infracción y permanentemente en la segunda ocasión.**
- **Si un tribunal determina que usted es culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que implica la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será inhabilitado permanentemente del programa en la primera ocasión de dicha infracción.**
- **Si se determina que usted ha hecho declaraciones o descripciones fraudulentas sobre su identidad o residencia a fin de recibir múltiples beneficios del SNAP simultáneamente, será inhabilitado del Programa durante un período de 10 años.**

- **Si un tribunal determina que usted ha traficado beneficios por un monto total de \$500 o más, será inhabilitado permanentemente del programa en la primera ocasión de dicha infracción. La información que proporcione en la solicitud deberá ser comprobada por autoridades federales, estatales o locales para determinar si dicha información es veraz. Si dicha información es incorrecta, podrían negársele los beneficios del SNAP e iniciarse un proceso penal en su contra por proporcionar información incorrecta deliberadamente.**

Se solicitará y utilizará la información disponible en el Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos (IEVS) y dicha información posiblemente se corrobore por medio de contactos colaterales si el Estado halla discrepancias y que dicha información pueda repercutir en la elegibilidad y el nivel de beneficios del hogar.

La Ley de Alimentos y Nutrición del 2008 (anteriormente la Ley del SNAP), en su versión modificada, 7 U.S.C. 2011-2036, autoriza la recopilación de información en la solicitud, incluyendo el número de seguro social (SSN) de cada miembro del hogar. La información se utilizará para determinar si su hogar es elegible o sigue siendo elegible para participar en el programa SNAP. Corroboraremos dicha información por medio de programas informáticos de cotejo. Dicha información también se usará para vigilar que se cumplan las normas del programa y gestionar el mismo. Dicha información puede divulgarse a otras agencias federales y estatales para su revisión oficial, así como a funcionarios encargados de la aplicación de la ley con el fin de arrestar a prófugos de la ley. Si el SNAP presenta una demanda en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluidos los SSN, puede transferirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamos para efectuar acciones de cobro de reclamos.

De conformidad con la Sección 570.030 RSMO, el robo de beneficios de asistencia pública es un delito grave de clase "D" si el valor de los beneficios es de \$750.00 o más, pero menor de \$25,000.00. La sanción incluye prisión durante un máximo de siete años y una multa que no exceda los \$5,000.00. El robo de \$25,000.00 es un delito grave de clase "C". Si el valor de los beneficios es inferior a \$750.00, se trata de un delito menor de clase A. Las sanciones y multas pueden ser mayores para infractores reincidentes.

De conformidad con la Sección 578.377 (570.400 a partir del 1 de enero del 2017), RSMo, recepción indebida de beneficios de asistencia pública o tarjetas EBT, usted advierte que es contra la ley obtener o intentar obtener beneficios del SNAP a los que no tiene derecho, u obtener o intentar obtener beneficios del SNAP en un monto mayor al que tiene derecho. **USTED ADVIERTE QUE TODA AFIRMACIÓN O DECLARACIÓN FALSA O EL ENCUBRIMIENTO DE ALGÚN HECHO RELEVANTE, EN SU TOTALIDAD O PARCIALMENTE, EN ESTA SOLICITUD O DURANTE LA ENTREVISTA, PODRÍAN SOMETERLO A JUICIO CRIMINAL O CIVIL.** Se le solicitará que participe en una entrevista en la División de Apoyo a la Familia para concluir el trámite de esta solicitud. Se le pedirá que compruebe cierto tipo de información que brinde en esta solicitud o en la entrevista. Su firma ratifica que acepta las condiciones que se definen en esta solicitud y durante la entrevista.

INSCRIPCIÓN AL TRABAJO

Entiendo y acepto que para recibir beneficios del SNAP, ciertos miembros del hogar deben registrarse para trabajar. Esto significa que ciertos miembros del hogar deben: A) Registrarse para trabajar en el momento de realizar la solicitud y en la recertificación. B) No renunciar a un empleo de 30 o más horas a la semana sin una causa justificada. C) No reducir las horas de trabajo por debajo de 30 horas a la semana sin una causa justificada. D) No rehusarse a aceptar una oferta de buena fe de un empleo apropiado sin una causa justificada. Cualquier persona que incumpla los requisitos para trabajar puede quedar inhabilitada para recibir beneficios del SNAP. Este formulario también funciona como una notificación de inscripción al trabajo. Se asumirá que usted junto con otros miembros del hogar no exentos quedan registrados para trabajar y deben cumplir con los requisitos relacionados con la inscripción al trabajo una vez que se firme este formulario.

REQUISITO DE CAPACITACIÓN Y/O TRABAJO (ABAWD)

Los individuos que se identifiquen como Adultos sin Discapacidad y sin Dependientes (ABAWD) no pueden participar en el programa SNAP como miembros de un hogar si dichos individuos recibieron beneficios del SNAP durante tres meses contables en un período de tres años. Los meses contables son los meses en los que un individuo recibe beneficios del SNAP durante todo el mes de beneficios sin cumplir con el requisito de trabajar y/o asistir a capacitación durante 20 horas semanales, con un promedio mensual de por lo menos 80 horas.

Un ABAWD tiene entre 18 y 50 años de edad (esto cambiará a 18 a 52 años de edad el 1 de octubre del 2023 y de 18 a 54 años el 1 de octubre del 2024); no tiene hijos menores de 18 años en el hogar beneficiario del SNAP; no tiene ninguna discapacidad; no está embarazada; no es un estudiante de tiempo completo; no cuida de un miembro enfermo o incapacitado en el hogar; no recibe prestaciones por desempleo (en ningún estado); no es veterano; no es indigente; no está en situación de calle; no ha superado la edad para abandonar el sistema de acogida (foster care), y no asiste a un programa de rehabilitación por alcoholismo o drogadicción. El plazo (tres meses) aplica únicamente a los ABAWD y estos podrían recuperar su elegibilidad si cumplen con el requisito de trabajo o capacitación durante por lo menos 80 horas en los 30 días anteriores.

LEA ESTA PÁGINA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR

Al firmar, ratifica que comprende el contenido de esta solicitud. Refrenda, bajo pena de perjurio, que toda la información que proporciona en este formulario y durante la entrevista es verdadera, precisa y completa, incluida la información concerniente a situaciones migratorias o de ciudadanía. Comprende que cualquier gasto que no dé a conocer y que no compruebe cuando se le solicite no se utilizará para determinar sus beneficios del SNAP.

Autoriza que el director de la División de Apoyo a la Familia o su representante corroboren sus circunstancias y testimonios a través de autoridades federales, estatales o locales para determinar si la información que proporcionó es veraz.

De conformidad con la sección 578.385 (570.408, a partir del 1 de enero del 2017), RSMo, ratifica, bajo pena de perjurio, que ha brindado información verdadera, precisa y completa, a su leal saber y entender, en el caso de cada miembro del hogar para quien usted tramita la solicitud, incluyendo información concerniente a ciudadanía y condición de extranjero.

Al firmar esta solicitud, en papel o digitalmente, nos otorga su permiso para realizar o disponer que se realicen llamadas telefónicas relacionadas con su caso, a través de un sistema automático de marcado, a su número principal que proporcionó en la página 1. No es necesario que otorgue su autorización en este sentido como condición de elegibilidad. Si no desea que se comuniquen con usted de dicha forma, puede excluirse de estos mensajes o llamadas.

Marque aquí: excluirme de llamadas excluirme de mensajes de texto excluirme de mensajes de texto y llamadas

↓ **FIRME AQUÍ:**

Su firma:	Fecha:
Firma del testigo (necesaria si usted no puede escribir su nombre):	Fecha:

Puede enviar su solicitud por correspondencia, fax o internet, o entregarla en una oficina de la FSD:

 Internet:	 Correspondencia:	 Fax:	 En persona:
mydssupload.mo.gov	Family Support Division PO Box 2700 Jefferson City, MO 65102	573-526-9400	Localice una oficina: dss.mo.gov/offices.htm

¿Necesita ayuda?

- Ingrese a <https://dss.mo.gov> para iniciar un chat, revisar la situación de sus beneficios o comunicar cambios
- Llame al 855-FSD-INFO (855-373-4636) para hablar con un miembro del equipo
- Relay Missouri **711**
- Los usuarios de teletipo o TTY pueden llamar al **800-735-2966**

Si usted es invidente o padece una discapacidad visual y desea información acerca de servicios de rehabilitación para invidentes, llame al **800-592-6004**.

No es necesario determinar un vínculo de paternidad para recibir beneficios del SNAP. Sin embargo, si requiere asistencia para identificar un vínculo de paternidad, comuníquese a la Línea para la Paternidad de la FSD, al **855-454-8037**.

Las respuestas a las siguientes preguntas no influyen en la cantidad de asistencia que reciba de este departamento.

¿Usted o un miembro de su familia inmediata han prestado servicios alguna vez en las Fuerzas Armadas de EE. UU.?

Sí No

Si respondió 'Sí', ¿le gustaría obtener información sobre servicios relacionados con el ejército en Missouri?

Sí No