

Solicitud de beneficios de Cupones para Alimentos

Para tramitar su solicitud: Tiene el derecho de solicitar los beneficios de Cupones para Alimentos 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. Complete las secciones 2 a 6 para ayudar a la FSD a procesar su solicitud con mayor prontitud.
- Las solicitudes pueden ser presentadas en persona, por correo o por fax. Las entrevistas se realizan en persona o por teléfono. Para completar este procedimiento a la brevedad, comuníquese con la División de Apoyo a la Familia (FSD) al teléfono **855-FSD-INFO** (855-373-4636) o visite una oficina de la FSD. Posiblemente le solicitemos que presente comprobantes de cierta información que usted proporciona a la FSD.

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

Representante Autorizado: Usted puede elegir a más de una persona o institución para completar su solicitud o administrar sus beneficios en su nombre. A esta figura se le denomina *representante autorizado*. Si desea un representante autorizado, complete el formulario del Representante Autorizado (FA-6ARF y FS-6ARI) en <http://dss.mo.gov/fsd/fstamp> o llame a la FSD.

Sección 1. Escriba sus datos

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

Dirección de su casa (calle, ciudad, estado, C.P.): _____

_____ Condado: _____

Dirección postal (si es distinta): _____

_____ Condado: _____

Tel. 1: _____ Cel. Casa Trabajo Otro

Tel. 2: _____ Cel. Casa Trabajo Otro

Correo electrónico: _____

Método preferido de contacto: Tel. E-mail Correo SMS (no disponible en ciertos lugares)

POR MEDIO DE LA PRESENTE, SOLICITO LOS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS, 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 clave para agilizar el servicio

De ser aprobado, recibirá sus beneficios en un plazo de 7 días después de tramitar su solicitud, siempre y cuando responda 'Sí' a cualquiera de las preguntas a continuación. De lo contrario, recibirá sus beneficios en un plazo de 30 días después de tramitar su solicitud.

1. ¿En este mes, su hogar espera recibir menos de \$150 en ingresos y tiene \$100 o menos disponibles en efectivo o en una cuenta de banco? Sí No

2. ¿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

3. ¿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 tratará de verificar su identidad vía electrónica. Por favor, (1) adjunte 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 verificar su identidad. De ser necesario, la FSD llamará a dicha persona.

Nombre de la persona con
quién comprobar su identidad:

Número
de teléfono:

Sección 3. Miembros del hogar

Escriba su información en la línea nº 1. Escriba la información de **todas** las personas que viven en su hogar, incluyendo su **cónyuge**, cualquier individuo menor de 22 años de edad que habite en su hogar —durante, por lo menos, la mitad (50%) del tiempo— y **cualquier individuo** que consuma la **mayoría de sus comidas** en su hogar. Incluya a todos los miembros del hogar, independientemente de su ciudadanía o situación migratoria.

La ciudadanía o situación migratoria no retira automáticamente el derecho a un solicitante de recibir beneficios de Cupones para Alimentos. La información racial y étnica se recopila para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color o nacionalidad de origen. **No es necesario proporcionar esta información y no repercute en su elegibilidad o en la cantidad de los beneficios de Cupones para Alimentos que reciba.**

Usted decide si desea indicar el Número de Seguro Social (SSN) y la situación migratoria de los miembros del hogar. Sin embargo, no recibirá beneficios de Cupones para Alimentos para las personas que no indiquen su SSN o su 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 ofrecida por 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 correspondientes:

1. Blanco 2. Negro o afroamericano 3. Indígena americano o nativo de Alaska
 4. Asiático 5. Nativo de Hawái o nativo de la Polinesia

**No es necesario para determinar la elegibilidad para Cupones para Alimentos

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

- ¿Usted y todos los miembros de su hogar compran y comen (cocinan) sus alimentos juntos? Sí No
 Si eligió 'No', ¿quién no compra y come (cocina) con usted en su hogar? _____
- Indique quién es un inquilino en su hogar: _____
- Indique quién es un menor bajo tutela o un adulto bajo tutela en su hogar: _____
- Indique quién no es ciudadano estadounidense en su hogar: _____
- ¿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 de Cupones para Alimentos.

1. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de Cupones para Alimentos 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 huye o se oculta de las autoridades para evitar juicio, prisión preventiva o encarcelamiento por un crimen (o intento de crimen) considerado un delito grave? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
3. ¿Usted o algún miembro de su hogar infringió su libertad condicional o condena condicional? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
4. ¿Usted o algún miembro de su hogar emitió declaraciones falsas sobre su identidad o domicilio para recibir beneficios de Cupones para Alimentos en 2 o más hogares al mismo tiempo? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
5. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito grave de orden federal o estatal por posesión, uso o distribución ilegales de una sustancia farmacéutica controlada, después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____
6. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por recibir fraudulentamente Cupones para Alimentos duplicados, 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 ha sido condenado por intercambiar beneficios de Cupones para Alimentos 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 ha sido condenado por intercambiar beneficios de Cupones para Alimentos por drogas después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____

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 de Cupones para Alimentos 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 entre 18 y 49 años de edad y asiste a la escuela? Sí No
Si respondió 'Sí', indique quién: _____ Escuela: _____

Recursos

Los recursos son las cuentas de banco y otros recursos monetarios que posea individualmente o en conjunto 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 otro tipo de dinero 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 trabajo, los pagos del Seguro Social o la manutención infantil.

1. ¿Alguien percibe ingresos o dinero por trabajar? 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 por trabajar?	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, 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 cuentas que usted debe pagar.

1. ¿Alguien paga alquiler o hipoteca por el hogar donde usted habita? Sí No
Si respondió 'Sí', indique la cantidad mensual total: \$ _____ ¿Quién paga? _____
2. ¿Alguien paga los siguientes servicios públicos en el hogar donde usted habita? (Marque todos los correspondientes).
 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. ¿Alguien que sea discapacitado o que tenga 60 años de edad o más tiene gastos médicos tales como el pago de primas de Medicare o de seguros, consultas médicas, atención en el hogar, transportes para atención médica o anteojos? Sí No
Si respondió 'Sí', indique la cantidad mensual total: \$ _____

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

DECLARACION DE NO DISCRIMINACION DEL USDA: De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA, discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, convicciones políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para conocer la información del programa (p. ej., sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión], llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede proporcionarse en distintos idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario del USDA para Denunciar Discriminación en un Programa (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario.

Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe la carta con su formulario completado al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; por (2) fax: (202) 690-7442; o por (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

DECLARACIÓN DE NO 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 igualitario a los servicios. En consecuencia, los empleados del DSS, solicitantes de empleo y contratistas son tratados de manera equitativa sin distinción de raza, color, nacionalidad de origen, ascendencia, información genética, estado de embarazo, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, religión o condición de veterano.

DERECHOS DE AUDIENCIA IMPARCIAL DE LA FSD: Usted tiene derecho de audiencia en el caso de que haya solicitado o esté recibiendo Cupones para Alimentos y ocurra lo siguiente:

- La FSD decide que usted no cumple los requisitos para recibirlos, pero usted piensa lo contrario.
- La FSD le proporciona beneficios de Cupones para Alimentos y luego reduce o detiene los beneficios y usted considera que los motivos son equivocados.
- No está de acuerdo con la información utilizada para determinar la cantidad de los beneficios o no está de acuerdo 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 su solicitud ha sido denegada o rechazada o ya se han adoptado todas las medidas oportunas en su caso, puede solicitar una audiencia dentro de un plazo de 90 días después del rechazo o tras agotarse las medidas. Si la medida propuesta cambia o suspende sus beneficios y usted solicita una audiencia en un plazo de diez días después de la fecha del aviso, puede continuar recibiendo los mismos beneficios hasta que se decida la audiencia. Usted o su representante puede solicitar una audiencia por teléfono, en persona o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del hogar, o un representante, como un abogado, un familiar, un amigo u otro portavoz.

USTED PODRÍA SER DESCALIFICADO DE RECIBIR CUPONES PARA ALIMENTOS SI:

- Vende los beneficios de sus Cupones para Alimentos por dinero en efectivo o por una retribución distinta de los alimentos aceptables, ya sea directamente, indirectamente, en complicidad o confabulación con otras personas, o individualmente.
- Miente u oculta información para obtener los beneficios de Cupones para Alimentos a los que su hogar no tiene derecho.
- Utiliza los beneficios de Cupones para Alimentos para comprar artículos no comestibles, como alcohol o cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito.
- Compra un producto con los beneficios de Cupones para Alimentos, el cual 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 producto y devolver el envase.
- Usa intencionalmente los beneficios de Cupones para Alimentos 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 de Cupones para Alimentos.
- Usa o posee tarjetas EBT que no son suyas.
- Intercambia o vende tarjetas EBT u ofrece alimentos adquiridos con los beneficios de Cupones para Alimentos a miembros que no pertenecen a su hogar.

DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LAS DISPOSICIONES DE FRAUDE

Mentir para recibir Cupones para Alimentos o vender o intercambiar sus Cupones para Alimentos 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 investigación por fraude. 7 USC 2015(b)(1) Si un organismo administrativo o un tribunal federal o estatal determina que un individuo ha proporcionado 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 de Cupones para Alimentos, 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:

- **Todo miembro que vulnere adrede alguna de las normas podría ser descalificado de participar en el programa de Cupones para Alimentos durante un año, o incluso de forma permanente, o podría asignársele una multa de hasta \$250,000 o ser encarcelado hasta por 20 años, o ambas cosas. También podría estar sujeto a enjuiciamiento en apego a otras leyes federales y estatales procedentes. También podría quedar excluido del programa de Cupones para Alimentos durante un período adicional de 18 meses si así lo determina un tribunal.**
- **Todo miembro de su hogar que vulnere adrede las normas podría ser descalificado de recibir los beneficios de Cupones para Alimentos durante un año en la primera infracción, dos años en la segunda infracción y permanentemente en la tercera infracción.**
- **Si un tribunal de justicia determina que algún miembro de su hogar es culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que implique la venta de una sustancia controlada, usted será descalificado de recibir beneficios durante dos años en la primera infracción y permanentemente en la segunda ocasión.**
- **Si un tribunal de justicia 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, usted será descalificado permanentemente de participar en el 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 de Cupones para Alimentos simultáneamente, usted quedará descalificado de participar en el Programa durante un período de 10 años.
- Si un tribunal de justicia determina que usted ha traficado beneficios por un monto total de \$500 o más, usted quedará descalificado permanentemente de participar en el Programa en la primera ocasión de dicha infracción.

La información que usted proporcione en la solicitud deberá ser comprobada por las autoridades federales, estatales o locales para determinar si dicha información es veraz. Si dicha información es incorrecta, podrían negársele los beneficios de Cupones para Alimentos y podría iniciarse un procesamiento 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 sea verificada a través 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 de Cupones para Alimentos), en su versión modificada, 7 U.S.C. 2011-2036, autoriza la recopilación de la 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. Verificaremos esta información por medio de programas informáticos de cotejo. Esta información también será utilizada para vigilar que se cumplan las normas del programa y para gestionar el programa. Esta información puede ser divulgada a otras agencias federales y estatales para su revisión oficial, y a funcionarios encargados de la aplicación de la ley, con el fin de arrestar a fugitivos de la ley. Si SNAP presenta una reclamación en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo los SSN, puede ser transferida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamaciones para efectuar acciones de cobro de reclamaciones.

De conformidad con la Sección 570.030, RSMo, el robo de beneficios de asistencia pública es un delito grave de clase C si el valor de los beneficios es de \$500.00 o más (un delito grave de Clase D y \$750.00 o más, a partir del 1 de enero del 2017). El castigo incluye prisión durante un máximo de siete años y una multa que no excede de \$5,000.00. Si el valor de los beneficios es inferior a \$500.00, se trata de un delito menor de clase A (inferior a \$750.00 a partir del 1 de enero del 2017). Los castigos y las 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 de Cupones para Alimentos a los que no tiene derecho, u obtener o intentar obtener beneficios de Cupones para Alimentos con un monto mayor al que tiene derecho. USTED ADVIERTE QUE TODA AFIRMACIÓN O DECLARACIÓN FALSAS O EL ENCUBRIMIENTO DE ALGÚN HECHO RELEVANTE, EN SU TOTALIDAD O EN PARTE, EN ESTA SOLICITUD O DURANTE LA ENTREVISTA, PODRÍAN SOMETERLO A JUICIO CRIMINAL O CIVIL. Se le solicitará que participe en una entrevista con la División de Apoyo a la Familia para completar el proceso de esta solicitud. Se le pedirá que proporcione una identificación para cierto tipo de información que usted brinde en esta solicitud o en la entrevista. Su firma ratifica que acepta las condiciones indicadas en esta solicitud y durante la entrevista.

INSCRIPCIÓN AL TRABAJO

Entiendo y acepto que para recibir Cupones para Alimentos, 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 trabajo 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 negarse a aceptar una oferta de buena fe de un empleo apropiado sin una causa justificada. Cualquier persona que no cumpla con los requisitos para trabajar puede quedar descalificada de recibir Cupones para Alimentos. Este formulario también funciona como un aviso de inscripción al trabajo. Se asumirá que usted, junto con otros miembros del hogar no exentos, está registrado para trabajar y debe cumplir con los requisitos relacionados con la inscripción al trabajo una vez que firme este formulario.

REQUISITO DE CAPACITACIÓN Y/O TRABAJO (ABAWD)

Todo individuo identificado como Adulto sin Discapacidad y sin Dependientes (ABAWD) no posee las condiciones para participar en el Programa de Cupones para Alimentos como miembro del hogar si el individuo recibe beneficios de Cupones para Alimentos durante tres meses contables durante un período de tres años, de enero del 2016 a diciembre del 2018. Los meses contables son los meses en los que un individuo recibe beneficios de Cupones para Alimentos 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 49 años de edad; no tiene hijos menores de 18 años en el hogar receptor de Cupones para Alimentos; no tiene una discapacidad; no está embarazada; no es un estudiante de tiempo completo; no cuida a un miembro enfermo o incapacitado en el hogar; no recibe prestaciones por desempleo (en ningún estado); y no asiste a un programa de rehabilitación por alcoholismo o drogadicción. El límite de tiempo (tres meses) se aplica únicamente a los ABAWD y éstos podrían volver a participar si cumplen con los requisitos de trabajo/capacitación durante por lo menos 80 horas en los 30 días anteriores.

LEA ESTA PÁGINA ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR

Al firmar, ratifica que comprende las declaraciones expuestas en esta solicitud. Usted refrenda, bajo pena de perjurio, que toda la información que proporciona en este formulario y durante la entrevista es verdadera, precisa y completa, incluyendo la información concerniente a la situación migratoria o la ciudadanía. Usted comprende que cualquier gasto que no informe, y que no compruebe cuando se le solicite, no se utilizará para determinar sus beneficios de Cupones para Alimentos.

Usted autoriza que el director de la División de Apoyo a la Familia, o su representante, verifique sus circunstancias y declaraciones 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, bajo pena de perjurio, certifica que ha brindado declaraciones verdaderas, precisas y completas, a su leal saber y entender, para el caso de cada miembro del hogar para quien usted tramita la solicitud, incluyendo la información concerniente a la ciudadanía y la condición de extranjero.

Al firmar esta solicitud, en papel o electrónicamente, nos otorga su permiso para realizar o disponer que se realicen llamadas telefónicas respecto a 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 consentimiento en esta sección de su solicitud. Si no desea recibir dichas llamadas, marque esta casilla:

↓ FIRME AQUÍ:

Su firma:	Fecha:
Firma del testigo (necesario si usted no puede firmar):	Fecha:

¿Necesita ayuda?

- Llame al 855-FSD-INFO (**855-373-4636**) de lunes a viernes a partir de las 7:30 A.M.
- Visite <https://dss.mo.gov> para localizar una oficina cercana y conocer el horario de servicio.
- Relay Missouri **711**.
- Los usuarios de TTY pueden llamar al **800-735-2966**.

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

No es necesario determinar la paternidad para recibir beneficios de Cupones para Alimentos. Sin embargo, si requiere asistencia para determinar la paternidad, comuníquese a la línea para la Paternidad de la FSD, al **855-454-8037**.