

**SÓLO PARA USO OFICIAL**

Nº del condado:	Nº del caso en el condado:	Nº de identificación individual:	Nº FSIS:	Fecha de envío por correo:	Fecha de recepción:
-----------------	----------------------------	----------------------------------	----------	----------------------------	---------------------

División de Servicios Sociales de Carolina del Norte  
Departamento de Servicios Sociales del Condado de \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DEL PROGRAMA SIMPLIFICADO DE ASISTENCIA NUTRITIVA  
(SIMPLIFIED NUTRITIONAL ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)**

Aviso de vencimiento

(Nombre y dirección)

(Nombre y dirección del DSS)

┌	└	┌	└
└	┌	└	┌

**¿Por qué me ha llegado este aviso?**

Le estamos escribiendo para decirle que sus Servicios de Alimento y Nutrición se terminarán el \_\_\_\_\_ a menos que usted o su representante llene esta solicitud y la envíe al Departamento de Servicios Sociales local a más tardar el \_\_\_\_\_. Sus beneficios pueden suspenderse o atrasarse a menos que recibamos su solicitud para esta fecha. Usted recibirá automáticamente Servicios de Alimento y Nutrición cada mes si sus papeles están completos y continúa teniendo derecho al programa SNAP.

**¿Cómo puedo continuar recibiendo mis beneficios del programa SNAP?**

Responda las preguntas que se presentan a continuación, firme esta carta y envíela en el sobre adjunto. Le enviaremos una carta para decirle si continúa teniendo derecho a los Servicios de Alimento y Nutrición.

1. ¿Su cónyuge vive en el hogar?  Sí  No   
¿escriba su nombre y fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuánto paga por la renta, el préstamo hipotecario y/o la renta del terreno cada mes? \_\_\_\_\_
3. ¿Hay personas viviendo con usted?  Sí  No . ¿Cuántas? \_\_\_\_\_  
a. ¿Compra y cocina usted su comida por separado?  Sí  No
4. ¿Paga usted la calefacción de su casa?  Sí  No   
Tipos de calefacción (encierre una opción en un círculo).  
a. *Gas combustible      Gas natural      Gas licuado      Electricidad      Madera      Carbón*  
*Keroseno*
5. ¿Usted o alguno de los miembros de su grupo familiar obtienen comida del Programa de Distribución de Comida para las reservaciones indígenas?  Sí  No

**¿Cómo puedo obtener más información sobre el programa SNAP?**

Si desea información adicional, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local llamando al \_\_\_\_\_ o con la línea telefónica CARE-LINE llamando al 1-800-662-7030. Con gusto responderemos sus preguntas.

Con mi firma en esta solicitud declaro que entiendo el formulario adjunto en que se explica el programa de Servicios de Alimento y Nutrición y mis derechos y responsabilidades.

  X   \_\_\_\_\_  
Firma del solicitante                      Fecha                      Código postal y teléfono

Nombre de la compañía de teléfonos \_\_\_\_\_

  X   \_\_\_\_\_  
Firma del testigo (Si se ha firmado con una "X")                      Fecha

*LEA LA INFORMACIÓN AL REVERSO DE ESTA HOJA*

**¿Qué pasa después de que envió mi solicitud a Servicios Sociales?**

Una vez que recibamos esta solicitud firmada determinaremos si usted sigue siendo elegible para los servicios SNAP. Le enviaremos una carta con detalles sobre sus beneficios. En esta carta se explicará su derecho a solicitar una audiencia justa si no está satisfecho con nuestra decisión respecto a su solicitud. Si no está de acuerdo con la decisión tomada en su caso, siga las instrucciones que se dan en la carta para solicitar una audiencia.

**¿Qué pasa si necesito que alguien solicite o utilice por mí mis beneficios de SNAP?**

Si usted desea que otra persona utilice u obtenga información sobre sus beneficios, marque la casilla que aparece abajo. Si marca la casilla **Sí**, le enviaremos un formulario. Usted y la persona que usted desea ayudar deben llenar el formulario y enviarlo a esta oficina. Esta persona recibirá una tarjeta EBT y tendrá acceso a sus beneficios de Servicios de Alimento y Nutrición.

**Necesito que alguien me ayude a obtener y aprovechar mis beneficios. Sí  No**

Gracias por continuar participando en el Programa Simplificado de Asistencia Nutritiva (Simplified Nutritional Assistance Program, SNAP). Esperamos que esta manera de recibir beneficios sea más conveniente para usted y más útil para comprar comida.

**Preferencia de idioma**

Desea recibir los avisos en un idioma que no sea el inglés. De ser así ¿qué idioma?

\_\_\_\_\_

**Aviso sobre discriminación**

De acuerdo con la ley federal y las normas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad, religión, convicciones políticas o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TTY). El USDA emplea y provee con igualdad de oportunidad.

**Sólo para uso oficial – No escriba bajo esta línea**

Aprobado  Período de certificación: Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Denegado  Razón de la denegación: \_\_\_\_\_

Firma de certificación del trabajador: \_\_\_\_\_

Fecha de la disposición: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_