

**Proyecto de Solicitud Combinada del Estado de Nueva York (NYSCAP)  
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) - Hoja de Recopilación de Datos del Caso**

CASO A NOMBRE DE:

NÚMERO DE CASO:

UNA VEZ QUE USTED HAYA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS EN EL ANVERSO Y EL REVERSO DE ESTE INFORME, DEBE FIRMARLO, FECHARLO Y DEVOLVERLO A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A LA DERECHA →

Dado que no tenemos información alguna sobre el monto que usted paga por gastos de alojamiento, calefacción y servicios públicos ni sobre gastos médicos no reembolsables, usted está habilitado(a) para recibir sólo el monto mínimo de subsidio SNAP. Si usted contesta las preguntas que se presentan a continuación sobre sus gastos actuales de alojamiento, calefacción, servicios públicos y gastos médicos no reembolsables, usted podría habilitar para recibir un aumento en el subsidio de SNAP. Es **probable** que tenga que suministrar pruebas de estos gastos.

**Asegúrese que usted o su representante autorizado firme y feche la SECCIÓN DE FIRMAS al reverso de este formulario.**

**SECCIÓN 1:**

1. ¿Todavía vive en el domicilio al que le fue enviada esta notificación?  Sí  No (Si respondió «No», escriba su nuevo domicilio a continuación).

Su nuevo domicilio: (incluya número de apartamento)

Ciudad/Pueblo:

Estado:

Código postal:

2a. Usted:  ¿Tiene casa propia?  ¿Inquilino?  ¿Vive en una vivienda pública?  No tiene vivienda permanente o está desamparado.  
 Otro (describa) \$ \_\_\_\_\_

2b. ¿Cuánto paga mensualmente por alquiler o por hipoteca? \$ \_\_\_\_\_

2c. Si paga por alquiler, ¿Está su alquiler subsidiado?  Sí  No Si respondió «Sí», ¿Cuánto paga de alquiler? \$ \_\_\_\_\_

2d. Si usted es dueño de su casa, ¿Está incluido el seguro o los impuestos sobre la propiedad, o ambos (en depósito fiduciario), en su pago de hipoteca?  Sí  No

2e. Si respondió «No», ¿Cuánto paga anualmente en impuestos sobre la propiedad e impuestos escolares? \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga en seguro sobre la propiedad? \$ \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2**

Responda las preguntas solo si paga por su propia calefacción, por separado del pago de su alquiler o hipoteca

1. ¿Paga directamente a una compañía de calefacción o de servicios públicos por calefacción, por separado del pago de su alquiler o hipoteca?  
 Sí  No

2. Mi fuente principal de calefacción es:  Aceite de combustible  Calefacción eléctrica  Gas natural  Carbón o leña  
 Kerosén  Propano o Gas de garrafa  Otro (describa) \$ \_\_\_\_\_

3. ¿Está la factura de calefacción a su nombre?  Sí  No Si contestó «No»  
¿A nombre de quién está la factura? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es el número de la cuenta de calefacción (si tiene una)? \_\_\_\_\_

5. ¿Cómo se llama la compañía proveedora de calefacción? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es la dirección de la compañía proveedora de calefacción?

Dirección:

Ciudad/Pueblo:

Estado:

Código postal:

**ASEGÚRESE DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS EN EL ANVERSO Y REVERSO DE ESTE INFORME. LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO Y RECUERDE, USTED O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO DEBE DEVOLVER ESTE INFORME FIRMADO Y FECHADO A LA DIRECCIÓN SEÑALADA EN LA CASILLA ANTERIOR**

**SECCIÓN 3:**Responda las preguntas *solo si no paga* por su calefacción

1. ¿Le paga usted al arrendador una cantidad mensual adicional por gastos de aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2. ¿Paga usted por servicios de electricidad y usa un aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. ¿Paga directamente a una compañía de servicios por luz, tipo de servicio que usa para cocinar, agua caliente, termostato, caldera o calentador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4. ¿Cuál es el número de la cuenta de <i>servicios públicos</i> (si tiene una)? _____			
5. ¿Cómo se llama la compañía proveedora de <i>servicios públicos</i> ? _____			
6. ¿Cuál es la dirección de la compañía proveedora de <i>servicios públicos</i> ? _____			
Dirección:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código postal:

**SECCIÓN 4:**

1. ¿Tiene gastos médicos no reembolsables (incluyendo el sobrante de Medicaid)?  Sí  No
2. Si contestó que «Sí», ¿Cuánto paga mensualmente por sus gastos médicos? \$ \_\_\_\_\_

\*Gastos médicos no reembolsables, son gastos médicos que usted debe pagar de su propio bolsillo ya que Medicare, Medicaid u otro seguro de salud no los cubre.

**FIRMA DEL SOLICITANTE****FECHA DE LA FIRMA****SECCIÓN DE INFORMACIÓN IMPORTANTE****USTED PODRÍA TENER DERECHO A UN MONTO MAYOR DE SUBSIDIOS**

El monto máximo mensual del subsidio SNAP para una persona es \$281. Si está recibiendo menos de este monto, es probable que usted sea apto para recibir un monto mayor si tiene gastos de vivienda, calefacción o servicios públicos, o ambos, y tiene gastos médicos no reembolsables de más de \$35 al mes. Si usted no había reportado estos gastos anteriormente o si éstos cambiaron, sírvase enviarnos comprobantes de esos gastos.

Si desea averiguar si puede recibir un aumento de subsidio SNAP, o si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario, llame a la oficina local de SNAP. Gracias.

**SECCIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO-** Si usted es un representante autorizado, llene esta sección.

Usted puede autorizar a otra persona familiarizada con las circunstancias de su grupo familiar para que maneje cuestiones relacionadas con su caso de SNAP (por ejemplo, proporcionar y verificar la información solicitada más arriba). Usted también puede autorizar a otra persona, que no forme parte del grupo familiar, para que canjee sus subsidios SNAP y compre los víveres por usted. Si usted desea hacerlo de esta manera, pida a su representante autorizado que firme en la sección correspondiente al pie de esta página, y escriba abajo, en letra de molde, el nombre, domicilio y número de teléfono de esa persona.

Escriba en letra de imprenta el nombre del Representante Autorizado:		No. de Teléfono del Rep: ( )	
Domicilio del representante autorizado:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código postal:

**SECCIÓN DE FIRMAS** –Asegúrese de hacer lo siguiente:

- Escriba en letra de imprenta el nombre del beneficiario
- Firme, feche y devuelva este formulario a la dirección indicada en la primera página de este formulario.

Escriba, en letra de molde, el nombre del beneficiario:

**Firma del beneficiario / representante autorizado**

X

**Fecha en que se firma**