

Informe Provisional NYSCAP – Subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Fecha de la notificación: _____

Fecha límite: _____

Número de Caso: _____

doble _____

Llene este formulario inmediatamente y envíelo a la dirección indicada arriba. Si usted no regresa este formulario, sus subsidios SNAP cesarán.

Hemos enviado este formulario porque debemos actualizar los datos de su caso de SNAP del Proyecto de Solicitud Combinada del Estado de Nueva York (NYSCAP). Conteste las preguntas a continuación sobre sus gastos de alojamiento, calefacción, servicios públicos y gastos médicos no reembolsables. Dichos gastos influyen en el monto de subsidio SNAP que usted pueda recibir. Si nunca nos informó sobre estos gastos, o si dichos gastos han aumentado, probablemente le podamos dar más en subsidio SNAP. Si usted no había reportado estos gastos anteriormente o si éstos cambiaron, sírvase enviarnos comprobantes de esos gastos.

Aunque no tenga cambios que reportar, debe regresar el formulario o se le suspenderán los subsidios SNAP.

Firme y feche el formulario y regréselo a nosotros a más tardar para el día 10 del próximo mes.

SECCIÓN 1:

¿Todavía vive en el domicilio al que le fue enviada esta notificación? ☐ Sí ☐ No (Si contestó «No», escriba su nueva dirección a continuación).

Su nuevo domicilio: (incluya número de apartamento)

Ciudad/Pueblo:

Estado:

Código postal:

2. Usted: ☐ ¿Tiene casa propia? ☐ ¿Vive en una vivienda pública? ☐ No tiene vivienda permanente o está desamparado ☐ Otro _____

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

2c. Si es inquilino, ¿Está su alquiler subsidiado? ☐ Sí ☐ No Si respondió «Sí», ¿Cuánto es la parte de la renta que paga usted? _____

2d. Si usted es dueño de su casa, ¿está(n) incluido(s) 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? \$ _____

2f. ¿Un integrante se incorporó o se retiró del hogar? ☐ Sí ☐ No Si respondió «Sí», incluya el nombre de la persona y el parentesco que tiene con usted: _____

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

¿Cuál es su fuente principal de calefacción? ☐ Aceite de combustible ☐ Calefacción eléctrica ☐ Gas natural
☐ Carbón o leña ☐ Kerosén ☐ Propano o Gas de garrafas ☐ Otro (describa): _____

3. ¿Está la factura de calefacción a su nombre? ☐ Sí ☐ No Si eligió «No», la factura está a nombre de _____

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

5. ¿Nombre de su compañía proveedora de calefacción? _____

6. ¿Dirección de su compañía proveedora de calefacción?

Dirección:

Ciudad/Pueblo:

Estado:

Código postal:

SECCIÓN 3:

Responda las preguntas solo si no paga por su calefacción.

- ¿Le paga usted al arrendador una cantidad mensual adicional por gastos de aire acondicionado? ☐ Sí ☐ No
- ¿Paga usted por servicios de electricidad y usa un aire acondicionado? ☐ Sí ☐ No
- ¿Paga directamente a una compañía de servicios por luz, tipo de servicio que usa para cocinar, agua caliente, termostato, caldera o calentador? ☐ Sí ☐ No
- ¿Está la factura de calefacción a su nombre? ☐ Sí ☐ No Si eligió «No», la factura está a nombre de _____
- ¿Cuál es el número de la cuenta de servicios públicos (si tiene una)? _____
- ¿Cómo se llama la compañía proveedora de servicios públicos? _____
- ¿Cuál es la dirección de la compañía proveedora de servicios públicos?

Dirección:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código postal:
------------	----------------	---------	----------------

SECCIÓN 4:

- ¿Tiene gastos médicos no reembolsables* (incluido el sobrante de Medicaid)? ☐ Sí ☐ No
- Si contestó «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**

X

INFORMACIÓN IMPORTANTE**USTED PODRÍA TENER DERECHO A UN MONTO MAYOR DE BENEFICIOS**

El monto máximo mensual del subsidio SNAP para una (1) persona es \$292. 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 usted está bajo alguna de estas circunstancias y 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.

Asegúrese de regresar este informe a la dirección que se muestra en el anverso de esta notificación. .

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 (como, 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.

Nombre del representante autorizado (en letra de molde):	Rep. No. de Teléfono: ()
--	--------------------------------

Domicilio del representante autorizado:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código postal:
---	----------------	---------	----------------

SECCIÓN DE FIRMAS – Asegúrese de hacer lo siguiente:

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

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

Firma del Beneficiario / Representante Autorizado:	Firmado el día:
--	-----------------

Nos agrada que usted participe en el Programa de SNAP y esperamos que continúe haciéndolo.