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

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, QUE USTED O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO DEBE DEVOLVER ESTE FORMULARIO, FIRMADO Y FECHADO, A LA DIRECCIÓN QUE APARECE EN LA CASILLA DE ARRIBA

SECCIÓN 3:

Responda las preguntas *solo si no* paga por su calefacción

1. A. ¿Le paga usted al arrendador una cantidad mensual adicional por gastos de aire acondicionado? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Paga usted por servicios de electricidad y usa un aire acondicionado? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Paga directamente a una compañía de servicios por luz, tipo de servicio que usa para cocinar, agua caliente, termostato, caldera o calentador? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Cuál es el número de la cuenta de *servicios públicos* (si tiene una)? _____
5. ¿Cómo se llama la compañía proveedora de *servicios públicos*? _____
6. ¿Cuál es la dirección de la compañía proveedora de *servicios públicos*?

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 BENEFICIOS

El monto máximo mensual del subsidio SNAP para una (1) persona es $298. 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 del subsidio SNAP, o si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario, llame a la oficina local de SNAP.

Además de los cambios reportados en este contacto de Informe Provisional, los grupos familiares NYSCAP deben reportar los siguientes cambios dentro de 10 días del mes posterior en el que se dio el cambio:

- Debe informar si algún miembro del grupo familiar recibe ganancias importantes de premios en efectivo de lotería o juegos de azar de $4,500 o más, en un solo juego antes de impuestos o retenciones.

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 imprenta, el nombre, domicilio y número de teléfono de esa persona.

Escriba en letra de imprenta el nombre del Representante Autorizado:		Número de Teléfono de Representante Autorizado: ( )	
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.

Escriba, en letra de imprenta, el nombre del beneficiario:	
Firma del beneficiario / representante autorizado **X**	**Fecha en que se firma**