

Fecha Recibida:

Islas Vírgenes

Número de Caso:

APLICACIÓN COMBINADA- PARTE I

Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (PANS) y Asistencia Monetaria
Consideramos toda aplicación sin distinción de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o discapacidad

POR FAVOR ESCRIBA EN TINTA

Paso 1 COMPLETE LA PARTE I

Para comenzar a aplicar para el PANS/asistencia monetaria, y establecer su fecha de aplicación para requerir beneficios, usted puede completar la Parte 1, y entregarla hoy. Solo se le requiere darnos su nombre, dirección, y firma para considerar su aplicación archivada. Se nos requiere verificar la información proveida y tomar acción en su aplicación dentro de 30 días a partir de la fecha que usted nos entregue esta Parte 1 completada, a menos que usted califique para PANS de inmediato. Si usted califica para para recibir beneficios del PANS de inmediato, se nos requiere tomar acción en su aplicación dentro de 7 días a partir de la fecha que usted nos entregó la Parte 1 completada. La cantidad de los beneficios para el primer mes es basada en la fecha de aplicación. Por lo tanto, mientras mas pronto nos entregue esta Parte 1 y cualquier verificación requerida, mas pronto usted sabrá si usted recibirá beneficios del PANS/ asistencia monetaria. El trabajador de la elegibilidad le dirá qué información debe ser verificada y las cosas a traer para su entrevista.

Paso 2 COMPLETE LA PARTE II

La oficina de Certificación planificará una entrevista, en cual momento el trabajador de Elegibilidad le ayudará a completar la Parte II.

Nombre:

Llenado solo por PANS:

¿VIVE USTED EN UN APARTAMENTO?

SI NO

Llenado solo por PANS:

¿VIVE USTED EN UNA CASA?

SI NO

Llenado solo por PANS:

¿VIVE USTED EN UNA PENSIÓN?

SI NO

Dirección donde usted vive

Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal (si es diferente)

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono donde pueda ser contactado

Hogar: Otro:

PUEDE OBTENER BENEFICIOS DEL PANS DE INMEDIATO SI EN SU HOGAR:

- El alquiler/hipoteca y utilidades mensuales son más que su beneficio bruto de ingresos mensuales y recursos disponibles;
El ingreso bruto mensual es menos de \$150 y los recursos de su hogar, como el efectivo ó balance en cuentas de cheque/ahorros, son \$100 ó menos; ó
Hay una familia de trabajadores agrícolas migrantes ó de temporada.

DECLARACIÓN

Entiendo las preguntas en esta aplicación y la penalidad por ocultar ó dar falsa información ó quebrar cualquiera de las reglas en la advertencia de penalidad. Entiendo y concuerdo a proveer documentos para probar lo que he dicho. Entiendo y concuerdo que la Oficina de Certificación puede contactar otras persona u organizaciones para obtener las pruebas necesarias para mi elegibilidad y nivel de beneficios. Entiendo que la información atravez del SVEI sera requerida y la misma puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios de mi familia. Entiendo que el estatus de extrangero de cualquier miembro de mi familia puede ser sujeto a verificación por el SCIEU, y que la información sometida recibida del SCIU puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios de mi familia. Entiendo que Yo u otros en mi hogar podrán tener que tomar parte en un programa de EMPLEO y ENTRENAMIENTO para recibir asistencia monetaria ó PANS. Certifico, bajo penalidad de perjurio, que todas mis respuestas son correctas y completas a mi entender, incluyendo información acerca de la ciudadanía o estatus migratorio de cada uno de los miembros de mi familia.

Llenado solo por PANS: SERVICIO URGENTE

Las respuestas de las preguntas a continuación nos ayudarán a decidir si debemos procesar su aplicación rápidamente para ver si usted califica para obetener PANS dentro de 7 días.

- ¿Cuántas personas viven en su hogar y comen con usted? (Incluyase a sí mismo)
¿Cuánto es su renta ó hipoteca mensual? \$
¿Cuánto son sus utilidades mensuales \$
¿Todos sus ingresos familiares cesaron recientemente? Si No ¿Cuándo?
¿Cual es el ingreso total mensual que usted espera que su familia reciba este mes? \$
¿Cuanto tiene su familia (Incluyendo los niños) en efectivo, cheques ó ahorros? (Dé su mejor total estimado) \$
¿Es alguien en su familia un trabajador agrícola migrante ó de temporada? Si No
Si alguien en su familia fué un trabajador agrícola migrante ó de temporada en cualquier momento durante la temporada migratoria corriente, ¿fué su familia aprobada para postergar los requisitos de verificación? Si No ¿Cuándo y donde?

Firma y fecha de la persona procesando para servicio urgente

Por favor lea los Derechos y Responsabilidades adjuntos a esta forma antes de firmar.

Firma del aplicante ó Representante Autorizado

Fecha

Firma del Trabajador

Fecha

SUS DERECHOS

- **SU DERECHO A APLICAR.** Usted tiene el derecho a requerir una aplicación en persona, por teléfono, por faxcimitil ó por correo. Usted tiene el derecho a llenar una aplicación en persona, por correo ó por faxcimitil. La cantidad de los beneficios del primer mes es basada en la fecha que la aplicación fue recibida por la oficina de certificación. Usted tiene el derecho a renunciar a su entrevista en la oficina por causas de dificultad y tener una por teléfono ó en su hogar. Usted tiene el derecho de aplicar por beneficios de alimentos y monetarios a la misma vez. Los límites y requerimientos para asistencia monetaria no tienen efecto alguno el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (PANS).
- **SU DERECHO A PRIVACIDAD.** Usted tiene el derecho a ser tratado de una forma que no invada el derecho a su privacidad.
- **SU DERECHO A INFORMACIÓN DE PROGRAMA.** Usted tiene el derecho a examinar las reglas y regulaciones de PANS.
- **SU DERECHO A SERVICIO URGENTE.** Usted tiene el derecho a recibir PANS dentro de unos pocos días si usted tiene poco ó ningun dinero ó ingreso.
- **SU DERECHO A NOTIFICACIÓN APROPIADA.** Usted tiene el derecho a ser informado por escrito la razón específica para la negación de PANS y la política en la cual la decisión fue basada. Usted tiene el derecho en la mayor instancia de los casos, a ser notificado 10 días por adelantado de las intenciones del programa. Usted tiene el derecho a que la oficina de PANS tome una decisión y le provea una oportunidad a participar si se le encuentra elegible dentro de 30 días luego de haber llenado una aplicación, proveyendo que usted haya suministrado la información necesaria y adecuada (oralmente y por escrito).
- **SU DERECHO A NO SER DISCRIMINADO EN CONTRA.** Usted tiene el derecho a un tratamiento justo e igual y sin discriminación. Usted tiene el derecho al trato considerado y respetuoso del personal de PANS.
- **SI USTED CONSIDERA QUE LE HEMOS TRATADO DIFERENTEMENTE:** De acuerdo con la ley Federal y el Departamento de Agricultura de E.U. (DAEU) y el Departamento de Salud de E.U. y la política de Servicios Humanos (SH), esta institución tiene prohibido discriminar en base a raza, color, origen de nacionalidad, sexo, edad, ó discapacidad. Bajo el Acta de Cupones para Alimentos y la política del DAEU, discriminación es también prohibida en base a religión ó creencias políticas. Para llenar una queja de discriminación escriba ó llame:

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

Para obtener más información acerca de cuestiones del programa SNAP, las personas deben contactar al número de línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar (340) 774-2399. El USDA y DHS es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

- **ACCESO A SERVICIOS LEGALES.** Usted puede contactar la Oficina de Servicios Legales para asistencia legal sin costo a:

No. 47 Kongens Gade	No. 3017 Estate Orange Grove
Charlotte Amalie, St. Thomas	Christiansted, St. Croix
U.S. Virgin Islands 00802	U.S. Virgin Islands 00820-4375
Tel: (340) 774-6720	Tel: (340) 773-2626
Fax: (340) 777-8686	Fax: (340) 778-8593

SUS RESPONSABILIDADES

NOTA: Si usted firma esta aplicación como un Representante Autorizado de una persona que esta requiriendo ó recibiendo asistencia, usted esta acordando asumir todas las responsabilidades siguientes a nombre de esa persona.

- Cuando usted aplica por PANS/Beneficios MONETARIOS, usted firma una aplicación que dice: "Entiendo las preguntas en esta aplicación y la penalidad por ocultar ó dar falsa información ó quebrar cualquiera de las reglas en la advertencia de penalidad. Mis respuestas son correctas y completas a mi entender.

- Entiendo que tal vez tenga que proveer documentos para corroborar lo que he dicho. He acordado a hacer esto. Si documentos no están disponibles, he acordado dar el nombre de una persona u organización que La División de Asistencia a la Familia pueda contactar para obtener las pruebas necesarias” Esto significa que usted está al tanto de que el abogado del Estado puede procesarle legalmente, si usted ó su representante autorizado ha dado información falsa para obtener beneficios del PANS/beneficios MONETARIOS. Es por lo tanto IMPORTANTE para usted el contestar cada pregunta VERDADERAMENTE Y CORRECTAMENTE.
- CAMBIOS DEBEN SER REPORTADOS DENTRO DE 10 DIAS de haberse enterado del mismo: Su asignación de PANS no será reducida ó terminada necesariamente cuando usted reporte un cambio. Puede que sea aumentada. Si su hogar es asignado a Reporte Simplificado, usted debe notificar la Oficina de Certificación cuando el ingreso de su familia exceda el ingreso mensual permitido para el tamaño de su familia. Usted debe reportar este por el 10mo día del próximo mes.
- Entiendo que si mi aplicación es para PANS, si no reporto ó verifico cualquiera de mis gastos será visto como una afirmación de mi hogar, de que no quiero recibir una deducción por gastos no reportados.
- Usted está autorizado a recibir “El Panfleto de La Familia Inteligente”. Este panfleto provee información de familias tomando buenas decisiones.
- La Agencia Estatal ó Federal del Control de Calidad puede al azar, escoger su caso para revisión. Ellos revisarán declaraciones que usted ha dado en su aplicación. Ellos verificarán si hemos figurado su elegibilidad correctamente. La agencia estatal podrá buscar información de otras fuentes. La Agencia Estatal ó Federal del Control de Calidad le dirá de cualquier contacto que ellos piensan hacer. SI USTED NO COOPERA, SUS BENEFICIOS PUEDEN CESAR.
- CONTACTE SU TRABAJADOR DE LA AGENCIA SI TIENE PREGUNTAS Ó NO ESTÁ SEGURO ACERCA DE CUALQUIER REGLA DE REPORTAJE.

ADVERTENCIA DE PENALIDAD

Si cualquier información que usted provea resulta ser incorrecta, usted puede ser negado beneficios de PANS/beneficios monetarios. Si usted nos provee información falsa a propósito, se podrá tomar acción legal en contra de usted. También podría tener que re-pagar la cantidad de beneficios que usted no debió haber recibido.

Si usted recibe PANS, debe seguir las reglas listadas abajo. Cualquiera miembro de su hogar que sea encontrado culpable por la corte ó una audiencia administrativa de descalificación, de romper cualquiera de las siguientes reglas ó quien firme un acuerdo de consentimiento de descalificación voluntaria ó la renuncia a una audiencia administrativa de descalificación será impedido de obtener beneficios del PANS por: un año por la primera violación, dos años por la segunda violación, y permanentemente por la tercera violación.

- NO provea información falsa u oculte información para obtener ó continuar obteniendo PANS.
- NO intercambie, venda ó altere su PANS ó tarjetas de autorización ó cualquier documento de autorización.
- NO use sus beneficios de PANS para comprar artículos inelégibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.
- NO use el PANS ó las tarjetas de autorización de alguien más para su hogar.
- NO use su tarjeta de PANS para comprar comida a crédito.
- NO intente de comprar o vender sus beneficios de PANS.

Cualquier miembro del hogar encontrado culpable por una corte de haber usado beneficios del PANS para comprar drogas ilícitas será descalificado por: 24 meses por la primera violación; y permanentemente por la segunda violación.

Cualquier miembro encontrado culpable por una corte de haber usado beneficios del PANS para comprar armas de fuego, munición, ó explosivos será descalificado permanentemente de PANS en la primera instancia.

Cualquier miembro del hogar que sea convicto de un delito grave por distribuir ó vender sustancias controladas, será descalificado permanentemente de PANS.

Cualquier miembro encontrado culpable por una corte de haber traficado beneficios de PANS por una cantidad acumulada de \$500 ó más deberá ser descalificado permanentemente de PANS en la primera ocasión de tal violación.

Cualquier miembro del hogar encontrado de haber hecho declaraciones fraudulentas ó representación en respecto a la identidad ó lugar de residencia del individuo para recibir beneficios múltiples de PANS simultáneamente deberá ser inelégible para participar en PANS por un periodo de 10 años.

Cualquier miembro del hogar huyendo para evitar prosecución, custodia, ó confinamiento luego de haber sido convicto por un delito grave, ó atentado delito grave, ó violando una condición de probatoria ó libertad condicional será inelégible hasta que la situación sea rectificada.

Cualquier persona encontrada culpable de violar estas reglas ó cometiendo fraude podrán ser multados hasta \$250,000, encarcelados hasta 20 años y/o requeridos a re-pagar beneficios de PANS.

Usted también puede ser impedido del Programa ATFN por el mismo periodo de tiempo por fraude y las mismas penalidades máximas aplican.

Declaración de Acta de Privacidad

“La colección de esta información, incluyendo el número de seguro social (NSS) de cada miembro del hogar, es autorizado bajo el Acta de Alimentos y Nutición del 2008, como enmienda, 7 U.S.C. 2011-2036. La información será usada para determinar si su hogar es elegible ó continuará siendo elegible para participar en PANS. Verificaremos esta información a travez de programas de igualdad computarizada. Esta información también sera usada para monitorear conformidad con las regulaciones del programa y para el manejo del programa.

Esta información puede ser revelada a otras agencias Federales y Estatales para examinación oficial, y a funcionarios de aplicación de la ley para el propósito de aprehención de personas huyendo para evitar enfrentar la ley.

Si surge una queja de PANS en contra su hogar, la información en esta aplicación, incluyendo todos los números de Seguro Social, puede ser referida a Agencias Federales y Estatales, asi como agencias de colección privadas, para colección de reclamaciones.

El proveer la información requerida, incluyendo el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, el no proveer un número de Seguro Social resultará en la negación de beneficios de PANS a cada individuo que no lo provea. Cualquier número de Seguro Social proveido sera usado y revelado en la misma manera que el de cualquiera de los miembros elegibles del hogar.”

DERECHOS DE APELACIÓN

Usted ó su representante pueden requerir una audiencia justa si usted esta en desacuerdo con cualquier acción tomada en su caso de PANS ó asistencia monetaria. Usted puede elegir a cualquier persona para presentar su caso en la audiencia. Para PANS, usted puede requerir una audiencia por cualquier acción de nosotros ó pérdida de beneficios la cual haya ocurrido en los previos 90 días. En adición, luego de usted ser certificado para beneficios, usted puede requerir una audiencia justa para discutir el corriente nivel de beneficios en cualquier momento dentro de su periodo corriente de certificación. Todas tales apelaciones deben ser dirigidas al Director de Operaciones. Para **programas monetarios** usted debe apelar **dentro de 30 días** al Director de Operaciones. Si usted desea que sus beneficios de PANS ó monetario continúe hasta la audiencia usted debe apelar **dentro de 10 días** de la fecha que se le envió la notificación. Para requerir una audiencia justa escriba ó llame: (340) 774 2399 ext. 4380.

Usted puede llenar esta forma, despegarla, y enviarla a:

**Director of Operations
Department of Human Services
Financial Programs
1303 Hospital Ground
Knud Hansen Complex – Bldg. A
St. Thomas, V.I. 00802**

Nombre de la persona requiriendo la audiencia **Date**

Dirección

Ciudad **Isla** **Código Postal**

Razón para audiencia _____

Su Firma

Número de Teléfono (donde puede ser contactado)

NO COMPLETE – SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Número de Caso	Trabajador del Caso	Fecha de Envío de Notificación	Fecha de Recibo de Petición
-----------------------	----------------------------	---------------------------------------	------------------------------------