



UNITED STATES VIRGIN ISLANDS DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES (DHS)
DIVISION OF FAMILY ASSISTANCE (DFA)
SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) (aka FOOD STAMP)

ESTA NO ES UNA APLICACIÓN DE EMERGENCIA O DESASTRE SNAP (FOOD STAMP). EL TERRITORIO NO ESTÁ EMITIENDO BENEFICIOS SNAP DE EMERGENCIA Y DESASTRES EN ESTE MOMENTO.

¿Para qué es esta aplicación? **Esta aplicación es para los beneficios regulares de SNAP/CASH**

El DHS tiene un historial de proporcionar una red de seguridad para los residentes de nuestra comunidad. Estamos listos en estos momentos inciertos para proporcionar acceso a los programas de asistencia SNAP, CASH y de Utilidades a través de entrevistas telefónicas.

1. Para solicitar asistencia:

- a. Complete la Solicitud Combinada-Parte 1 y el ADENDO.
 - i. Asegúrese de leer sus Derechos y Responsabilidades antes de firmar y fechar la solicitud. **(Guarde sus Derechos y Responsabilidades en sus archivos personales.)**
- b. Complete la verificación de certificación

2. Lea, firme, y feche los siguientes documentos que se explicarán durante la entrevista telefónica:

- a. Carta Detallada
- b. Folleto de la Familia Inteligente
- c. Autorización para la Divulgación Información
- d. Requisitos de Informes Simplificados
- e. Certificación de Entrevista Telefónica

3. Este paquete incluye una hoja para Documentos De Información Personal. Complete esta hoja e indique los documentos que ha presentado con su solicitud. No envíe documentos originales. La agencia no se hace responsable de documentos originales.

4. Los paquetes de solicitud completos se pueden colocar en los buzones cerrados en las oficinas del DHS o se pueden enviar por correo electrónico o Fax a los siguientes números:

Human Services-DFA 4201 Mars Hill, Frederiksted, St. Croix 00840 Phone No: (340) 772-7100 Fax: (340) 772-9591 Email: certoffice.stx@dhs.vi.gov	Human Services - DFA 1303 Hospital Ground, St. Thomas 00802 Phone No: (340) 774-0930 & (340) 774-2399 Fax No.: (340) 777-5449 Email: certoffice.stt@dhs.vi.gov	Human Services Multi-Purpose Building Cruz Bay, St. John Phone: (340) 776-6334 or (340) 776-6335 Email: certoffice.stt@dhs.vi.gov
--	--	--



ALGO QUE DEBE SABER

LA LISTA DE VERIFICACION

Para poder procesar las aplicacion para SNAP/asistencia de efectivo, necesitamos los siguientes documentos. Si no ha tenido su entrevista, debe traer estos documentos a la division de asistencia de familia cuando tenga su entrevista. Si ya ha tenido su entrevista, debe someter estos documentos lo mas pronto posible. Lo mas pronto que recibimos los documentos, lo mas pronto una determinacion de su aplicacion puede ser hecha. Su trabajadora de elegibilidad le avisara de verificacion adicional o la informacion que necesitamos.

Identificacion – La identidad del solicitante y del representative autorizado, si hay, debe ser verificado. Una licencia de conductor, tarjeta de identificacion del trabajo o de la escuela, tarjeta de votante de inscripcion, un certificado de nacimiento, la tarjeta de residente permanente o un contacto collateral puede ser usado para verificar su identidad.

Residencia – Su lugar donde reside normalmente sera verificada. Los recibos de alquiler o hipoteca, las facturas de utilidad, una tarjeta de la biblioteca o un contacto accesorio puede ser utilizado para verificar su residencia.

Estado de extranjero – Si alguna persona en su domicilio/casa que no es ciudadano de los Estados Unidos, usted debe proveer alguna verificacion del estado extranjero de esta persona. Los documentos del servicio de inmigracion y naturalizacion (como el I-551,INS Permiso de re-entrada) son los mejores tipos de verificacion.

Ingreso- Todo su ingreso Ganado (Ganado del trabajo) o no Ganado (como seguro social, pensiones del gobierno, dinero recibido por su nino o beneficios educacionales) debe ser verificado. Si usted no trabaja por si mismo (a), usualmente el talon de pago mas reciente (4-si recibe su pago cada dos semanas: 8-si recibe su pago semanalmente; 1-si recibe su pago mensualmente) seria suficiente para la verificacion de su ingreso ganado.

Si usted trabaja por si mismo (a), los datos autenticos del negocio o su declaracion de ingresos pueden ser utilizados. Cartas de premios, su cheque puede ser usado para la verificacion de ingreso no ganado.

Gastos del hospedaje y utilidades – Si usted quiere que la cuenta del hospedaje y/o utilidad deducida de su ingreso, debe proveer los recibos reciente de la renta/hipoteca, los impuestos de bienes raices, el seguro, combustibles, el agua, la cuenta de electricidad y telefono.

Recursos- Usted debe proveer verificacion de todos sus recursos como cuentas del banco (de ahorro y de cheque), las reservas de depositos, los certificados de depositos (CD's) y los vehiculos (carro, camion, bote, motocicleta recreacional).

Numeros de Seguro Social – Usted debe proveer la prueba de los numeros de seguro social para si mismo (a) y para todas las personas en su casa.

Gastos Medicos – Si usted o otro miembro de su casa tiene sesenta anos o mas o recibe seguro social o discapidades veteranas, las cuentas medicas pueden resultar en una subtraccion. Usted debe proveer una prueba de las cuentas medicas (del medico, del dentista, medicinas recetadas, etc.) y tambien una prueba de cualquier seguro que puede cubrir todo o una parte de su cuenta. Usted debe discutir esto con su trabajadora de elegibilidad.

Información de contacto:

ST. CROIX	ST. THOMAS/ST. JOHN
4102 Mars Hill, Frederiksted, St. Croix, VI 00840 Phone (340) 772-7100 - Fax (340) 772-9591 Email: certoffice.stx@dhs.vi.gov	1303 Hospital Ground, St. Thomas, VI 00801 Phone (340) 774-0930 & (340) 774-2399 – Fax (340) 777-5449 Email: certoffice.stt@dhs.vi.gov

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 Oficina local nombres es: 340) 774-2399 St. Thomas; (340)773-2323; Christiansted; (340)772-0085 Frederiksted. 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 (El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

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: 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 obtener PANS dentro de 7 días. 1. ¿Cuántas personas viven en su hogar y comen con usted? (Incluyase a si mismo) _____. 2. ¿Cuánto es su renta ó hipoteca mensual? \$ _____. 3. ¿Cuánto son sus utilidades mensuales \$ _____. 4. ¿Todos sus ingresos familiares cesaron recientemente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo? _____. 5. ¿Cual es el ingreso total mensual que usted espera que su familia reciba este mes? \$ _____. 6. ¿Cuanto tiene su familia (Incluyendo los niños) en efectivo, cheques ó ahorros? (Dé su mejor total estimado) \$ _____. 7. ¿Es alguien en su familia un trabajador agrícola migrante ó de temporada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 8. 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo y donde? _____ _____ Firma y fecha de la persona procesando para servicio urgente
Llenado solo por PANS: ¿VIVE USTED EN UN APARTAMENTO?	Llenado solo por PANS: ¿VIVE USTED EN UNA CASA?	Llenado solo por PANS: ¿VIVE USTED EN UNA PENSIÓN?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 a través del SVEI sera requerida y la misma puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios de mi familia. Entiendo que el estatus de extranjero 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.			
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 faxcímil ó por correo. Usted tiene el derecho a llenar una aplicación en persona, por correo, telephono ó por faxcímil. 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 ningún 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:

Agencia Estatal

Department of Human Services
Division of Family Assistance
1303 Hospital Ground
Knud Hansen Complex – Bldg. A
St. Thomas USVI 00802
Tel: (340) 774-2399

Agencias Federales(Asistencia PANS)

USDA, Director
Office of Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
(800) 795-3272 (Voice)
(202) 720-6382 (TTY)

Agencia Federal (Asistencia Monetaria)

HHS, Director
Office for Civil Rights
Room 506-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0403 (voice)
(202) 619-3257 (TTY)

DAEU and SH son proveedores y empleadores de igual oportunidad.

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

No. 47 Kongens Gade
Charlotte Amalie, St. Thomas
U.S. Virgin Islands 00802
Tel: (340) 774-6720
Fax: (340) 777-8686

No. 3017 Estate Orange Grove
Christiansted, St. Croix
U.S. Virgin Islands 00820-4375
Tel: (340) 773-2626
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 estan 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 esta 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 sera 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 proximo mes.
- Entiendo que si mi aplicación es para PANS, si no reporto ó verifico cualquiera de mis gastos sera visto como una afirmación de mi hogar, de que no quiero recibir una deducción por gastos no reportados.
- Usted esta 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 piensen 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 descualificación, de romper cualquiera de las siguientes reglas ó quien firme un acuerdo de consentimiento de descualificación voluntaria ó la renuncia a una audiencia administrativa de descualificación sera 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 ilegales, 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 sera 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, amunición, ó explosivos sera 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, sera descalificado permanentemente de PANS.

Cualquier miembro encontrado culpable por una corte de haber traficado beneficios de PANS por una cantidad acumulada de \$500 ó mas 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 multiples de PANS simultaneamente deberá ser inelegible 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 sera inelegible 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

Página 5
Revisado 1/2019

“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 Nutrición 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 través 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, así 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 proveído 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**

Razón para audiencia _____

Nombre de la persona requiriendo la audiencia _____

Date _____

Dirección _____

Ciudad _____

Isla _____

Código Postal _____

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 _____

Apéndice: Aplicación Combinada

Investigación de Historial Criminal

Por favor responda a las siguientes preguntas para usted y cualquier otra persona a quien usted está solicitando. Si usted responde "sí" a alguna pregunta, indique el nombre de la(s) persona(s) a quien la Respuesta "sí" se le aplica.

¿Es usted o alguien en su hogar un fugitivo de la ley o un violador de libertad condicional o no está en cumplimiento con los términos de su sentencia? Sí No

En caso afirmativo, indique el/(los) nombre(s)

¿Usted o alguien en su hogar alguna vez ha sido condenado por agresión sexual agravada, abuso, asesinato, explotación sexual y otros abusos de niños, agresión sexual o un delito federal o estatal similar que implique agresión sexual después de Febrero 7, 2014? Sí No

En caso afirmativo, indique el/(los) nombre (s)

Sanción de Requisitos laborales SNAP

Entiendo que él no cumplir con el trabajo o los requisitos de empleo de emergencia dará lugar a la Descalificación de un mes para la primera violación, tres meses para la segunda y seis meses para la tercera o posterior violación. _____

Entiendo que toda la familia será descalificada se el cabeza de familia no cumple con los requisitos de trabajo. _____

Entiendo que SNAP puede reducir mi asignación en un 10% si me impone pena por otro programa de asistencia pública con comprobación federal, estatal o local. _____

Entiendo que se me prohíbe recibir un aumento en los beneficios de cupones de alimentos cuando los ingresos de mi hogar se reducen debido a una sanción impuesta en virtud de un programa de asistencia pública con comprobación federal, estatal o local. _____

Entiendo que yo o cualquier miembro del hogar dejará de ser admisibles sin tener una buena causa:

- Negarse a proporcionar información suficiente para permitir una determinación de la condición de empleo o la disponibilidad de empleos;
- Reducir el número de horas que trabaja si, después de la reducción, usted está empleado(a) menos horas a la semana;
- Dejar voluntariamente un trabajo _____

Firma de Solicitante o Representante Autorizado

Fecha

Revisado 10/19

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
DIVISIÓN DE ASISTENCIA FAMILIAR
CERTIFICACIÓN LISTA DE CONTROL AL CLIENTE**

Nombre del Caso: _____

No. de Caso: _____

Fecha: _____

Composición del Hogar

¿Alguien que vive con usted ha salido de su casa?	SI _____	No _____
¿Alguien ha entrado a su hogar?	SI _____	No _____
¿Alguien en su hogar ha tenido un nuevo bebé?	SI _____	No _____
¿Alguien en su hogar ha muerto?	SI _____	No _____
¿Hay alguien en su hogar temporalmente fuera de casa?	SI _____	No _____

Empleo / Ingresos

Usted o alguien en su hogar:

Comenzó a trabajar o se convirtió en empleado	SI _____	No _____
Dejó de trabajar	SI _____	No _____
Ha dejado el trabajo por alguna enfermedad	SI _____	No _____
Ha vuelto a trabajar	SI _____	No _____
Ha iniciado o trabajado más o menos horas	SI _____	No _____
Cambió de empleo	SI _____	No _____
Tuvo un aumento o disminución de ingresos	SI _____	No _____
Comenzó un negocio	SI _____	No _____
Ha recibido dinero de alguien para ayudar a pagar sus facturas	SI _____	No _____
Ha recibido algún tipo de dinero de cualquier persona	SI _____	No _____

Usted o alguien en su hogar:

Hace trenzas	SI _____	No _____	Vende dulces	SI _____	No _____
Arregla uñas	SI _____	No _____	Corta hierba	SI _____	No _____
Sirve de niñera	SI _____	No _____	Limpia Patios	SI _____	No _____
Vende Lotería	SI _____	No _____	Repara Coches	SI _____	No _____
Vende Avon u otro	SI _____	No _____	Hace trabajos raros	SI _____	No _____
Otra Venta Directa	SI _____	No _____			

Usted o algún miembro de su hogar recibió, tuvo un aumento, tuvo una disminución o dejó de recibir:

<i>Mantencción de menores</i>	Si _____	No _____	<i>Seguridad Social</i>	Si _____	No _____
<i>Beneficios de jubilación</i>	Si _____	No _____	<i>Pensión alimenticia</i>	Si _____	No _____
<i>Dinero de alquiler</i>	Si _____	No _____	<i>Reembolso de impuestos</i>	Si _____	No _____
<i>Asentamiento de seguros</i>	Si _____	No _____	<i>Premio de lotería</i>	Si _____	No _____
<i>Prestaciones por desempleo</i>	Si _____	No _____	<i>Beneficios de veteranos</i>	Si _____	No _____

Recursos

Usted o alguien en su hogar posee ninguno de los siguientes: (en caso afirmativo, por favor de marcar)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Cuenta de Ahorros</i> | <input type="checkbox"/> <i>Más de una casa</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Cuenta de cheques</i> | <input type="checkbox"/> <i>Propiedad que no sea su casa</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Cuenta de Credit Union</i> | <input type="checkbox"/> <i>Propiedad fuera de la isla</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Club Navideño</i> | <input type="checkbox"/> <i>Certificado de Depósito (CD)</i> |

¿Hay alguien que no vive con usted que tiene una cuenta a su nombre o cualquier miembro de su casa? Si _____ No _____

¿Hay alguien que no vive con usted que tiene una cuenta conjunta con usted o cualquier miembro de su casa? Si _____ No _____

¿Usted o alguien en su hogar es dueño de un vehículo? Si _____ No _____

¿Usted o alguien en su hogar ha comprado, vendido o comerciado un vehículo? Si _____ No _____

¿Espera algún cambio en su hogar dentro de los próximos meses? Si _____ No _____

¿Usted o alguien en su hogar tiene dinero no en el banco, guardado en su casa o en otro lugar? Si _____ No _____



Department of Human Services

Division of Family Assistance
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

STRONG LETTER

Dear SNAP Participant:

The amount of SNAP you receive is based on information you provided in your application.

Federal Laws provide that if you make an application for SNAP and knowingly misrepresent any facts, you can be found guilty of a misdemeanor or a felony, depending on the amount of SNAP received. A misdemeanor is punishable by a fine not to exceed \$1,000 or imprisonment for a period not to exceed one year, or both. A felony is punishable by a fine not to exceed \$10,000 or imprisonment for a period not to exceed five years or both. This is true whether the application is an initial one or an application for recertification.

The same penalties apply, if there are changes in the household circumstances and these changes are not reported to the Certification Office in a timely manner.

To avoid violations, since your household is assigned to Simplified Reporting you must let the SNAP Certification Office know when your family's gross monthly income exceeds the monthly income allowed for your household size.

You are also required to report if you or any member of your household receive substantial lottery or gaming winnings which is equal to or greater than \$3,500. These changes must be reported by the 10th day of the following month of which the change occurs.

Should the household receive more SNAP than it is entitled to receive, all the adult household members are jointly and individually liable for the repayment of the over-issued benefits. This is true whether or not the household was at fault.

Please feel free to contact your Certification Office, if you have any questions concerning this letter or any other Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) concern.

By signing this letter and writing in your address, we will know that you understand the content of this letter and that your mailing address is current.

Signature of Client or Authorized Representative: _____ Date: _____

Mailing Address: _____

**If you believe you have been discriminated against
Write immediately to USDA Office of Civil Rights,
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410**

I have fully explained the above requirements to the client.

Signature of Worker: _____ Date: _____

"In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture (USDA) and U.S. Department of Health and Human Services (HHS) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. Under the Food Stamp Act and USDA policy discrimination is prohibited also on the basis of religion or political beliefs.

To file a complaint of discrimination, contact USDA or HHS. Write USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (800) 795-3272 (voice) or (202) 720-6382 (TTY). Write HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 OR CALL (202) 619-0403 (voice) or (202) 619-3257 (TTY). USDA and HHS are equal opportunity providers and employers."

Revised 3/20



GOVERNMENT OF
THE VIRGIN ISLANDS OF THE UNITED STATES
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
ST. THOMAS, VIRGIN ISLANDS

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I, _____ in support of my household's application for SNAP or other assistance, do by these present, appoint, and authorize the Commissioner of Human Services or designee to obtain and verify information as to my income, resources and other household circumstances. This authorization includes investigation and verification of all factors bearing on my eligibility under the law and regulations. Verifications may include but are not limited to our:

1. Checking and Savings Accounts including Christmas Clubs and amounts held in trust for Or by me within the last six months preceding the date of application at banks, credit unions, and other financial institutions.
2. Investment in stocks and bonds, including U.S. Government Savings Bonds.
3. Ownership of real property, vehicles and personal property.
4. Receipt of lump sum payments, such as Social Security, AFDC and insurance settlements.
5. Receipt of benefits, such as Veteran's Unemployment Insurance, Social Security, Public and General Assistance, and Workmen's Compensation.
6. Vital Statistics, Immigration and Internal Revenue records.
7. Receipt of Child Support and Foster Care payments.
8. Receipt of wages, salaries, self employment income.
9. Receipt of income from odd jobs and raining allowances which are not exempt.
10. Receipt of rental income.
11. Landlord's and utility company records.
12. Receipt of Pensions and Union Benefits.

I hereby consent to the Department of Human Services disclosing to other Federal or local agencies, information concerning myself and my family, when such disclosure is necessary and pertinent to the determination or confirmation of the eligibility of my household to receive benefits or services from the Department of Human Services.

I further consent other institutions, both private and public, to disclose to the Department of Human Services information concerning my household which is necessary for the determination of eligibility to receive benefits or services from the Department of Human Services.

Signature of Applicant

Witness

Date

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
 Division Family Assistance Program
 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

SIMPLIFIED REPORTING REQUIREMENTS

This is to notify you that because you are now on one-year reporting, you must report when your total monthly income for your family is greater than the amount listed in the table below.

OCTOBER 1, 2019 TO SEPTEMBER 30, 2020

Number of persons you get SNAP for	If your total monthly gross income is greater than below, you must report the change
1	\$1,354
2	\$1,832
3	\$2,311
4	\$2,790
5	\$3,269
6	\$3,748
7	\$4,227
8	\$4,705
9	\$5,184
10	\$5,663
Each additional person add:	\$479

- At the end of each month, **add** up all your pay stubs **plus** any other income you may have received. Do this for **each household member**. Then **total** the income for **all household members** and compare it to the chart for your household size. Use the household size that you had when you applied for benefits.
- If your income is greater than the amount listed on the chart above, **you must report it to your worker within ten days after the end of the month.**
- You will need to bring all pay stubs and/or proof of other income to your worker.
- You do not need to report other changes in your **SNAP (food stamp) household** until your next scheduled recertification. **However, if you report a change, or the agency becomes aware of a change in your household, we will take action on it.**
- We will notify you if the reported change increases or decreases your benefits.

THIS REPORTING REQUIREMENT IS FOR SNAP (FOOD STAMP) ONLY. YOU MUST STILL REPORT ANY CHANGES FOR CASH ASSISTANCE.



Acknowledgement of receipt:

Signature of Household or Representative: _____ Date: _____

Household determined **Categorically Eligible** for Broad Base NPA-CATEL (BBC) based on receipt of The Smart Family Brochure.

Signature of Eligibility Specialist: _____ Date: _____

**COVID19 PANDEMIC
CERTIFICACIÓN DE ENTREVISTA TELEFÓNICA**

Numero de Caso: _____

Nombre de Caso: _____

Nombre de Trabajador(a): _____

CERTIFICO BAJO LA PENA DE PERJURIO QUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE PROPORCIONARÉ DURANTE LA ENTREVISTA TELEFÓNICA SERÁN CORRECTAS Y EXACTAS A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, INCLUYENDO INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE CIUDADANÍA O RESIDENCIA EXTRANJERA DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR.

ENTIENDO Y ACEPTO PROPORCIONAR DOCUMENTOS PARA VERIFICAR LO QUE HE DICHO.

ENTIENDO Y ACEPTO QUE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP) PUEDE CONTACTAR A OTRAS PERSONAS Y ORGANIZACIONES PARA OBTENER INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD.

CERTIFICO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DE MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES, LA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA, LA ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN, LA DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD Y LOS FORMULARIOS DE DERECHOS A APELACIÓN.

FIRMA DEL SOLICITANTE
O REPRESENTANTE DEL HOGAR

FECHA:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE DE CASO: _____

NUMERO DE CASO: _____

NUMERO TELEFONICO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

POR FAVOR INDIQUE ABAJO LAS COPIAS DE DOCUMENTACIÓN PRESENTADAS.

____ CERTIFICADO DE NACIMIENTO
____ DOCUMENTOS DE
INMAGRACIÓN/NATURALIZACIÓN
____ TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN
____ RECIBOS DE UTILIDADES
____ CONTRATO/RECIBOS DE RENTA,
HIPOTECA
____ RECIBOS DE SUELDO, CARTA DE
EMPLEO, PLANILLA DE IMPUESTOS
____ CONTRIBUCIONES FINANCIERAS
____ COMPROBANTES/CARTAS DE
SEGURO SOCIAL, BENEFICIOS PARA
VETERANOS, MANUTENCIÓN DE HIJOS,
PENSIÓN DE DESEMPLEO O JUBILACIÓN

____ FORMULARIOS DE
VECINOS/AMIGOS
____ FORMULARIOS DE CAMBIOS
____ PAQUETE DE APLICACIÓN DE
BENEFICIOS
____ FORMULARIO DE
REPRESENTANTE AUTORIZADO
____ GASTOS DE CUIDADO
INFANTIL
____ CERTIFICADO DE
DISCAPACIDAD MÉDICA
____ OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE)

ECAP Services ONLY

____ Light Bill
____ Gas Request (*Check
Vendor Company*)
____ Antilles Gas
____ St. Croix Gas

THE ROUGH TIMES

Sibling Rivalry—When coming home with a new baby let daddy carry the baby so mommy can give hugs. Teach the older sibling how to help. Plan some time with the older child alone.

Temper tantrums—The most important thing to teach the child is that you won't tolerate that behavior. Immediately put the child in a safe timeout area with no attention. When the child calms down reward the compliance. Never cooperate or bargain with the child during a tantrum. Remember you are the CEO.

Stealing—Children do not see stealing as a moral choice. "Fortunately, as with lying, early stealing—that is, between the ages of four and six—is almost always simply a childhood phase. The best approach is to make the child pay in some meaningful way for what was stolen.

Adolescence—adolescence is sometimes spelled t-r-o-u-b-l-e, but you grew up and so will they. Tell yourself, "This too shall pass." "Do not be intimidated by expressions of rage and hatred. You haven't raised a monster. Holding your ground will teach your teenager that these behaviors are not acceptable in the real world. Do not overreact. Be understanding but stay in total control. Remember, you are the CEO.

The Smart Family Brochure is
funded by the
Division of Family Assistance,
Temporary Assistance for Needy
Families



Frederiksted Office

4102 Estate Mars Hill
Frederiksted St. Croix
Virgin Islands 00840
(340) 772-7100

St. Thomas Office

1303 Hospital Ground STE 1
St. Thomas Virgin Islands 00801
(340) 774-0930

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

GETTING AHEAD

The Smart Family Brochure

DIVISION OF FAMILY ASSISTANCE

YOU ARE THE CEO

Successful institutions and organizations have a Chief Executive Officer (CEO). You may not be the CEO of K-Mart or American Airlines, but you are a CEO—the CEO of the most important institution—your family. As CEO you have to make important decisions that affect your family and generations to come. This brochure will help you hold one head as a family so you can make good decisions.

Your family is a microcosm of the world. What children learn or don't learn at home will be carried out in the world. So make sure they learn the three Ws:

Worship—Whether you read Holy scriptures, devotional literature, pray, or attend organized services, do it as a family. Developing faith in children early is one of the most important executive decisions you will make.



Work—Good employees and entrepreneurs begin at home. Everyone in the family establishment should work. Developing a good work ethic early is important.



Wealth—Teach children the value of money. Don't just give, let them earn and buy for themselves. Also, teach

IT'S ALL ABOUT VALUES

Children are like a garden, if you leave it alone, the weeds will grow faster than the plant. You must nurture them by teaching values. Here are some important values:

- **Boundaries**—Young people need to know what behaviors are acceptable and what are out-of-bounds at home, in the neighborhood, at school, with their peers, and in the community.
- **Time**—Too much unstructured free time is bad for the business. Too much TV is even worse. Children need positive, meaningful, and fun things to do and places to go, like the library, sports, karate, music lessons, etc.



- **Positivity** - Children need to develop positive internal values that guide their decisions in life. Values such as caring, integrity, honesty, responsibility, and a positive attitude don't happen accidentally; they must be taught and modeled.
- **Social Skills** - Manners are not out of style. Children need to respect elders, get along with peers, avoid risky situations, make good decisions, and develop interpersonal skills.

A CULTURE OF LEARNING

The key to intelligence is reading. It's never too early to begin reading. In fact, the sooner the better. Begin by reading to your baby. Not only do babies love the cuddle time while being read to by Mom or Dad, children who are read to score higher on IQ tests than those who aren't—partly because children who are read to are exposed to more words.



It is very important to have children read aloud. It is also very important to have dads read to children. If you are not sure about a good book, check out *The Read-Aloud Handbook*. It includes invaluable booklists and read-suggestions for children of all ages.



Have a Learning Hour—a period of time about half an hour to an hour each evening that's set apart for homework. This will get rid of the famous line, "I don't have any homework". Keep the TV and other media off and don't allow friends over during that time.