

¡3SQUARESVT AL INSTANTE!

Una forma más sencilla para que los habitantes de Vermont que son ancianos o discapacitados accedan a 3SquaresVT.

Puede usar esta solicitud si **TODOS** los que la soliciten:



- ➔ Tienen al menos 60 años o reciben beneficios por discapacidad, Y
- ➔ No reciben ingresos de un empleo o un empleo autónomo, Y
- ➔ Compran comida y preparan las comidas juntos.

CÓMO SE SOLICITA

Puede usar esta aplicación para solicitar 3SquaresVT al INSTANTE: un programa que puede ayudarlo a poner comida sana y nutritiva en su mesa. Si lo hace, también puede usarlo para solicitar Fuel Assistance.

1. Complete las páginas 1 a 4 de la solicitud.
2. Responda todas las preguntas en su totalidad y con honestidad. Verificaremos la información que brinde con funcionarios federales, estatales y locales.
3. Firme al final de la página 4.
4. Envíe su solicitud a: *DCF - Economic Services Division, Application and Document Processing Center, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-1500.*

OPCIONAL: Al incluir al menos su nombre, dirección y firma, puede comenzar más rápido. Los beneficios comenzarán desde la fecha en que recibamos su solicitud y siempre que cumpla los requisitos.

¿TIENE PREGUNTAS? ¿NECESITA AYUDA PARA PRESENTAR LA SOLICITUD?

- ➔ Llame a nuestro Centro de Servicios de Beneficios al 1-800-479-6151.
- ➔ Si tiene 60 años o más, también puede llamar a la línea directa de ayuda al 1-800-642-5119.
- ➔ Si tiene una discapacidad de audición o de habla, llame al 7-1-1 para el servicio de retransmisión.

Si necesita servicios de interpretación...

إذا أنت ترغب خدمات الترجمة الفورية اتصل برقم (Árabe) 1-855-247-3092
Ako su Vam potrebnje usluge tumačenja, pozovite 1-855-247-3092. (Bosnio)
စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းကိုအလိုရှိပါက 1-855-247-3092 သို့ ဖုန်းဆက်ခေါ်ပါ။ (Birmano)
Si vous avez besoin de services d'interprétation, appelez le 1-855-247-3092. (Francés)
Mugihe woba ushaka impfashanyo yo gusigurirwa, hamagara uyu murungo 1-855-247-3092. (Kirundi)
यदि तपाईंलाई दोभाषे सेवाको जरुरत परेमा 1-855-247-3092 मा कल गर्नुहोस्। (Nepali)
Haddii aad u baahan tahay adeegyo turjumaan, wac 1-855-247-3092. (Somali)
Si usted necesita servicios de interpretación, llame al 1-855-247-3092. (Español)
Ikiwa unahitaji huduma za ukalimani, piga simu 1-855-247-3092. (Swahili)
Nếu quý vị cần dịch vụ thông ngôn, hãy gọi 1-855-247-3092. (Vietnamita)

DATOS IMPORTANTES A CONOCER

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

¿Tiene alguna discapacidad física, mental o de aprendizaje que le dificulta hacer las cosas que le solicitamos? Si es así, podemos realizar cambios para ayudarlo. La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés) y las leyes de Vermont nos obligan a hacer cambios para que las personas con discapacidades puedan recibir beneficios públicos. Estos cambios se denominan *adaptaciones razonables*. Estos son algunos ejemplos:

- Si no puede escribir sus respuestas, alguien más puede hacerlo por usted.
- Podemos darle más tiempo o ayudarlo a obtener la documentación que necesita enviarnos.
- Puede llevar con usted a una persona que lo ayude cuando hable con nosotros.
- Podemos enviarle documentos con letra más grande para que pueda leerlos.
- Podemos reunirnos en su casa o por teléfono para que no tenga que venir a la oficina del distrito.

Llámenos al 1-800-479-6151 si necesita que hagamos un ajuste como este.

ESTADO DE INMIGRACIÓN

Solo los ciudadanos estadounidenses y ciertos ciudadanos no estadounidenses pueden obtener beneficios. Si en su hogar se incluyen personas que no tienen derecho a estos beneficios por razón de su estado de inmigración, aún puede solicitarlos para los miembros que cumplan los requisitos. La ESD verificará el estado de inmigración de todos los no ciudadanos que soliciten beneficios en los EE.UU. Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos. No debe proporcionar información sobre inmigración acerca de las personas que no soliciten beneficios, pero sí deberá incluir otra información, como ingresos y recursos.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DE LA USDA (NO ENVÍE SOLICITUDES A LA USDA)

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por razón de raza, color, nacionalidad de origen, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), creencias religiosas, discapacidad, edad, ideología política o como represalia por el activismo anterior por los derechos civiles.

La información acerca del programa se puede poner a su disposición en otros idiomas que no sea inglés. Las personas con discapacidad que requieran de medios de comunicación diferentes para recibir la información sobre el programa (p.ej. Braille, letra más grande, cinta de audio, lenguaje de signos), deberán ponerse en contacto con la agencia (a nivel estatal o local) a la que hayan solicitado el beneficio. Las personas sordas, con dificultades de audición o con problemas de habla pueden ponerse en contacto con la USDA a través del Servicio federal de retransmisiones al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, o de cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta deberá contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, y una descripción de la presunta acción discriminatoria con los detalles suficientes para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR por sus siglas en inglés) de la naturaleza y fecha de la presunta violación de los derechos civiles. **El formulario AD-3027 completo o la carta deberán enviarse a:**

Por correo postal:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; 0

Por fax:

(833) 256-1665
0
(202) 690-7442; 0

Por correo electrónico:

[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov/](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. **NO ENVÍE SOLICITUDES A LA USDA.**

ASIGNAR A UNA PERSONA COMO INFORMANTE O BENEFICIARIO ALTERNATIVO

- Si desea que otra persona reciba copias de los avisos relacionados con su solicitud y beneficios, complete y envíe el formulario 139AR de la ESD para asignarla como "informante alternativo".
- Si desea que otra persona tenga acceso a sus beneficios, complete y envíe el formulario 139AP de la ESD para asignarla como "beneficiario alternativo".

Para recibir un formulario, llame al 1-800-479-6151 o vaya a <https://dcf.vermont.gov/mybenefits/resources>.

SOLICITUD DE 3SQUARESVT AL INSTANTE



Imprímalo con claridad y responda a las preguntas en su totalidad y con honestidad. ¡Gracias!

202 3SNP
Revisado en 10/2022

SOLICITE: 3SquaresVT al INSTANTE 3SquaresVT al INSTANTE y Fuel Assistance

1. Háblenos de usted, el solicitante.

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Número de Seguridad Social	Número de teléfono al que podemos llamarlo () -	Ciudad en la que vive
Dirección de correo (calle o apartado de correos, ciudad, estado, CP)		
Dirección física (si difiere de la dirección de correo)		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano/a de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN SON OPCIONALES. RESPONDERLAS NO AFECTARÁ A SU ELEGIBILIDAD NI A SU BENEFICIO.		
Raza (marque <input checked="" type="checkbox"/> todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana o de otra isla del pacífico <input type="checkbox"/> Otra		Etnia (marque <input checked="" type="checkbox"/> una): <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina

2. Ahora, veamos si cumple con los requisitos para recibir beneficios en 7 días.

Esto se denomina servicio urgente. Responda las preguntas a continuación para TODAS LAS PERSONAS que solicitan 3SquaresVT al INSTANTE.

¿Alguien ha recibido beneficios de alimentos este mes en algún estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguien es trabajador migrante o de cosecha temporal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuáles son los ingresos brutos (antes de restarle las deducciones) totales de su hogar este mes?	\$
¿Cuánto dinero tienen todas las personas en su hogar en efectivo y en cuentas bancarias?	\$
¿Cuánto paga en alquiler mensual o pago de hipoteca?	\$
¿Cuánto paga por los servicios mensuales (calefacción, aire acondicionado, agua caliente, cocina y luz)?	\$

3. Desde el 22 de septiembre de 1996, alguno de los solicitantes de beneficio:

¿Ha sido condenado por cambiar beneficios de alimentos por drogas, armas, munición o explosivos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido condenado por comprar o vender beneficios de alimentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ha sido condenado por recibir de forma fraudulenta beneficios de alimentos duplicados en algún estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha huido de un juicio o infringido su libertad condicional o probatoria por un delito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4. ¿Vive alguien más en su hogar? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione los detalles debajo. Use más papel si lo necesita.

Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguridad Social
Parentesco con el solicitante	¿Es ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Compra comida y prepara las comidas con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguridad Social
Parentesco con el solicitante	¿Es ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Compra comida y prepara las comidas con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguridad Social
Parentesco con el solicitante	¿Es ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Compra comida y prepara las comidas con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RESPONDA LAS PREGUNTAS 5 A 7 SOBRE USTED Y TODAS LAS PERSONAS CON LAS QUE COMPRA Y PREPARA COMIDAS.

5. ¿Alguien posee activos? Sí No

Estos activos podrían incluir vehículos, cuentas bancarias, efectivo, propiedades y otros activos. Use más papel si lo necesita.

Tipo de activo	¿Quién es el propietario?	Valor del activo
		\$
		\$
		\$

6. Alguna persona paga manutención infantil ordenada por un tribunal? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién la paga? _____ Cantidad abonada; \$ _____ por _____

7. A. ¿Alguien paga más de \$35 al mes en gastos médicos? Sí No

Esto incluye gastos como copagos, recetas, atención dental y primas de seguros médicos.

B. Si respondió sí en la pregunta anterior, ¿los gastos superan los \$151 al mes? Sí No

RESPONDA LAS PREGUNTAS 8 A 11 PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, INCLUYENDO A USTED.

8. ¿Alguien tiene ingresos? Sí No

Aquí se podrían incluir manutención infantil, beneficios por discapacidad, ganancias de la lotería o el juego, beneficios por jubilación, SSI/AABD y beneficios para veteranos. Use más papel si lo necesita.

Nombre, inicial del segundo nombre	Tipo de ingresos	Importe en bruto y frecuencia	¿Por discapacidad?
		\$ por	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$ por	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$ por	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$ por	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$ por	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

9. ¿Su casa es de alquiler o alquila una habitación en casa de otra persona? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione los detalles debajo.

¿Quién paga el alquiler?	¿Cuánto paga?	¿Qué incluye su alquiler?
	\$ _____ por	<input type="checkbox"/> Solo habitación <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Comidas

10. ¿Es dueño de su casa? Sí No Si la respuesta es Sí, proporcione los detalles debajo.

Tipo de pago	¿Quién paga?	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia?
Solo hipoteca		Principal \$ _____ Intereses \$ _____	
Préstamo con garantía hipotecaria		Principal \$ _____ Intereses \$ _____	
Seguro (solo vivienda)		\$ _____	
Alquiler del lote		\$ _____	
Cuotas del condominio		\$ _____	
IMPUESTOS ANUALES A LA PROPIEDAD			¿Quién paga?
Impuestos totales \$ _____	Pago estatal \$: _____	Impuesto neto devengado \$ _____	

11. ¿Paga los servicios? Sí No Si la respuesta es Sí, proporcione los detalles debajo.

¿Quién paga los servicios?	Marque todas las opciones que correspondan
	<input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Agua caliente <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Aire acondicionado <input type="checkbox"/> Teléfono
	<input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Agua caliente <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Aire acondicionado <input type="checkbox"/> Teléfono
	<input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Agua caliente <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Aire acondicionado <input type="checkbox"/> Teléfono



FUEL ASSISTANCE

Si también quiere solicitar Fuel Assistance:

➔ Responda las preguntas 12 a 15 y

➔ Marque la casilla "3SquaresVT al INSTANTE y Fuel Assistance" en la parte superior de la página.

12. Proporcione detalles acerca del combustible que usa y de su hogar.

Tipo PRINCIPAL de combustible para calentar su hogar (marque uno)	Número de dormitorios
<input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Keroseno <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Petróleo <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Gas propano <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro _____	# _____
Detalles sobre su vivienda	Ayuda para el alquiler, si lo hay
<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa rodante <input type="checkbox"/> Casa unifamiliar <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Otro _____

13. ¿Paga el combustible o la electricidad directamente? Sí No Si la respuesta es sí, proporcione los detalles debajo.

COMBUSTIBLE:	Titular de la cuenta	Número de cuenta
Nombre y dirección del proveedor	Número de teléfono del proveedor	
ELECTRICIDAD:	Nombre del proveedor	Titular de la cuenta
		Número de cuenta

14. ¿Alguien vive con usted para proporcionarle cuidados o servicios? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione los detalles debajo.

Nombre, inicial	Tipo de cuidado:	<input type="checkbox"/> Cuidados personales médicamente necesarios <input type="checkbox"/> Ama de casa/cuidador/a o servicios de compañía
-----------------	------------------	--

15. ¿Alguien en su hogar tiene ingresos de un empleo o de empleo autónomo? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione los detalles debajo.

Nombre, inicial	Tipo de ingreso	Ingreso
	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Empleo autónomo	\$ por
	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Empleo autónomo	\$ por
	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Empleo autónomo	\$ por

Registro del votante: Si no está registrado/a para votar en el lugar en el que reside en estos momentos, ¿quiere recibir una solicitud de registro de votante? Sí No

Si no marca ninguna de las casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Solicitar o rechazar el registro como votante no afectará a su elegibilidad para recibir beneficios ni a la cantidad que le concede la ESD. Si quiere ayuda para rellenar el formulario de solicitud de registro de votantes, podemos ayudarlo. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es suya. Puede rellenar el formulario de solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Oficina del Secretario de Estado en 128 State Street, Montpelier, VT 05633-1101, o llamar al 1-802-828-2363 o al 1-800-439-8683 (llamada gratuita).

REPRESENTACIÓN Y ASISTENCIA

Para recibir uno de los siguientes formularios, llame al 1-800-479-6151 o vaya a <https://dcf.vermont.gov/mybenefits/resources>.

¿Quiere que alguien lo represente en esta solicitud? Esto lo autorizará para firmar esta solicitud y actuar por usted en los asuntos relacionados. Si la respuesta es SÍ, complete el formulario 139REP de la ESD y proporcione las pruebas necesarias (p.ej. poder notarial u orden del tribunal).

Sí
 No

¿Quiere que compartamos información sobre su solicitud y sus beneficios con alguien que lo ayudó a completar esta solicitud? Si la respuesta es sí, proporcione su información de contacto a continuación:

Sí
 No

Nombre/agencia: _____ Número de teléfono: _____

FIRME A CONTINUACIÓN

LAS SOLICITUDES SIN FIRMAR SE DEVOLVERÁN PARA SU FIRMA.

Al firmar a continuación, certifico, bajo pena de perjurio, que la información de esta solicitud, incluida la información relacionada con la ciudadanía y el estado extranjero de los miembros del hogar que solicitan beneficios es correcta y completa, según mi leal saber y entender.



Firma del solicitante/representante autorizado

Fecha

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Si necesita ayuda para comprenderlos, si quiere una copia (con la letra más grande) o si quiere recibir una copia de esta solicitud, llame al 1-800-479-6151.

- 1. Tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con la decisión acerca de los beneficios.** Su caso puede ser presentado por usted o por un representante (p.ej. abogado, pariente o amigo). Para solicitarla:
 - Llame a la ESD al 1-800-479-6151.
 - Escriba al subcomisionado de la ESD, HC 1 South, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-1020.
 - Escriba a la Junta de servicios sociales en 14-16 Baldwin St., Second Floor, Montpelier, VT 05633-4302.
- 2. Tiene derecho a que la decisión se tome de manera rápida.** A menos que el retraso esté causado por usted, un médico o una emergencia inesperada o un problema administrativo fuera del control de la ESD, la decisión puede demorar 30 días después del envío de su solicitud.
- 3. Tiene derecho a la privacidad y la confidencialidad.** La ESD no compartirá su información a menos que esté relacionada con la administración del programa, lo permita la ley o una orden judicial, o usted lo autorice.
- 4. Es usted responsable de informar de los cambios:**
 - Cambios de dirección.
 - *Fuel Assistance:* Acepto informar cambios sobre el lugar donde vivo, las personas con quienes vivo, cómo se calefacciona mi casa, quién me suministra combustible e incrementos o disminuciones en los ingresos de cualquier fuente dentro de los 10 días posteriores a la fecha en la que ocurren.
 - *3SquaresVT AL INSTANTE:* Acepto informar los cambios sobre las personas que viven conmigo, si alguien consigue un trabajo o comienza a trabajar por cuenta propia dentro de los 10 días posteriores al mes en que ocurrió el cambio.
- 5. Debe proporcionar un número de Seguro Social (SSN) para cada persona que presenta la solicitud.** La ley federal lo requiere como condición de elegibilidad (42 U.S.C. §1320b-7). Algunos programas pueden eximir de este requisito a los miembros de una organización religiosa que se opongan a proporcionar números de Seguro Social. La ESD utiliza SSN para hacer cumplir los pagos de manutención infantil, evitar que las personas reciban beneficios duplicados, verificar la precisión y fiabilidad de la información proporcionada y más.
- 6. Deberá informar de inmediato a la ESD si algún miembro de su hogar:**
 - Recibe beneficios de alimentos duplicados de algún estado.
 - Ha sido condenado/a en los 10 últimos años por mentir acerca de dónde vive para recibir beneficios de más de un estado.
- 7. Deberá cooperar con la ESD si su solicitud se selecciona para una revisión de control de calidad.** Esto incluye proporcionar una prueba de la información necesaria o autorizarnos para conseguirla si no puede hacerlo por su cuenta.
- 8. Autoriza al Comisionado de impuestos de Vermont a divulgar información de sus declaraciones de impuestos estatales al Comisionado de la DCF o la persona designada. (33 V.S.A. §112 (c)).**
- 9. Si recibe 3SquaresVT AL INSTANTE, los nombres de sus hijos se enviarán a la Agencia de educación para certificar su elegibilidad para recibir comidas gratuitas en el centro escolar.** Si no desea que la ESD haga esto, llame al 1-800-479-6151 de inmediato. Puede cambiar de opinión más tarde y completar la solicitud en la escuela.
- 10. No deberá mentir ni ocultar información para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.** Proporcionar a sabiendas información falsa o engañosa, intentar obtener o ayudar a otra persona a obtener beneficios de alimentos o combustible se considera *fraude*.

11. Usted es responsable de la precisión de la información proporcionada en esta solicitud. Verificaremos la información proporcionada con varias fuentes, incluyendo a los funcionarios federales, estatales y locales. Esto incluye información acerca de su cónyuge o pareja de hecho, hijos y otros miembros del hogar. Autoriza a la ESD a comunicarse con sus empleadores para verificar la información de empleo e ingresos con el fin de determinar la elegibilidad de su hogar para recibir beneficios. Si no desea que la ESD se ponga en contacto con su(s) empleador(es), debe llamar de inmediato al Centro de Servicios de Beneficios al 1-800-479-6151. Si la ESD encuentra discrepancias, la información que está disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) será solicitada, utilizada y puede ser verificada a través de contactos colaterales. Si la información que proporciona no es precisa, los beneficios podrían verse reducidos, se le podría exigir que los devuelva, se le podrían negar y podría quedar sujeto a una audiencia de descalificación administrativa y a enjuiciamiento penal.

12. No debe abusar de sus beneficios de alimentos de ninguna de las siguientes formas ya que se considera tráfico:

- Vender sus beneficios de alimentos.
- Comerciar sus beneficios de alimentos, o utilizarlo para comprar artículos que no son alimentos, alcohol, productos de tabaco, drogas, armas de fuego, munición o explosivos.
- Dejar que otras personas utilicen su tarjeta EBT con fines distintos a comprar comida para su hogar.
- Usar o tener en su posesión la tarjeta EBT de otra persona, a menos que compre comida para su hogar.
- Si compra alimentos a crédito, use sus beneficios para alimentos para pagarlo, aunque solo haya comprado alimentos.

13. Usted o cualquier adulto del hogar puede ser investigado por fraude, tráfico o ambos y recibir una descalificación administrativa y/o enjuiciamiento penal. Si usted o cualquier adulto del hogar es declarado culpable de fraude por 3SquaresVT AL INSTANTE o Fuel Assistance en un tribunal, la pena puede ser de hasta **tres años de cárcel y una multa de hasta \$1000**. También es posible ser multado **por hasta \$250,000, encarcelado hasta 20 años, o ambos**, si es/soy declarado culpable de tráfico con relación a 3SquaresVT en un tribunal. Si usted o alguno de los adultos del hogar es declarado culpable de fraude o tráfico de 3SquaresVT, ya sea por parte de un órgano administrativo o un tribunal, se le aplicará **un año de exclusión de 3SquaresVT por la primera infracción, dos años por la segunda, y exclusión permanente por la tercera**. Si usted o cualquier miembro del hogar es declarado culpable de comerciar o utilizar 3SquaresVT para comprar drogas, la exclusión será de **dos años la primera vez y exclusión permanente la segunda**. Si recibe beneficios de alimentos de dos estados distintos al mismo tiempo, la exclusión será de 10 años. Si usted o cualquier adulto del hogar es declarado culpable de cualquier tipo de tráfico que supere los \$500 o incluya armas de fuego, municiones o explosivos por 3SquaresVT, la exclusión será **permanente**. Pueden aplicarse éstas y otras penas federales y estatales de conformidad con la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, 7 C.F.R. sección 273.16b, 42 U.S.C. secciones 1320a-7b y 33 V.S.A. secciones 141, 143.

14. Debe aceptar servicios de climatización gratuitos si recibe Fuel Assistance.

Además, debe autorizar:

- Su compañía o compañías de energía deberán proporcionarle a la ESD datos sobre su consumo anual de energía, costo, uso, cargos por servicios, historial de pagos y otra información de la cuenta.
- La ESD deberá obtener y compartir estos datos.