

Solicitud de beneficios



3SquaresVT

Ayuda a la gente a comprar alimentos.



Reach Up

Brinda asistencia a hogares con niños.



Fuel Assistance

Ayuda a que las personas calefaccionen sus hogares.



Essential Person

Ayuda a las personas a pagar cuidado domiciliario esencial.

Una solicitud.

Solo se necesita una solicitud para solicitar cualquiera de los programas que se muestran arriba: 3SquaresVT, Reach Up, Fuel Assistance y Essential Person. ¡Solicite uno o varios con la misma solicitud!

Hay tres formas sencillas de solicitarlo.

EN LÍNEA: Vaya a myBenefits.vt.gov y solicítelo. Es la forma más rápida para que recibamos su solicitud.

POR CORREO POSTAL: Envíe esta solicitud completa a la dirección indicada en la página siguiente (n.º 4). Las solicitudes adicionales se pueden recoger en cualquier oficina del distrito, o puede llamar al **1-800-479-6151** para que le envíen una por correo postal.

EN PERSONA: Solicítelo en persona en una de nuestras 12 oficinas de distrito. Para encontrar la oficina más cercana a usted, llame al **1-800-479-6151** o vaya a myBenefits.vt.gov.

¿Tiene dudas? ¡Podemos ayudarlo!

LLAME AL: 1-800-479-6151

VISITA: Tenemos 12 oficinas de distrito. Para encontrar la más cercana a usted, llame al **1-800-479-6151** o vaya a myBenefits.vt.gov.

PERSONAS MAYORES: Si tiene 60 años o más, también puede llamar a la línea directa de ayuda a personas mayores de Vermont al **1-800-642-5119**.

TTY/RETRANSMISIÓN: Si es sordo, tiene problemas de audición o tiene una discapacidad del habla, marque **7-1-1** para un servicio de retransmisión.

Si necesita servicios de interpretación...

(Árabe) 1-855-247-3092 إذا أنت ترغب خدمات الترجمة الفورية اتصل برقم 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 murungu 1-855-247-3092. (Kirundi)

यदि तपाईंलाई दोभाषे सेवाको जरुरत परेमा 1-855-247-3092 मा कल गनुरहोस्। (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)

AVÍSENOS SI DESEA UNA COPIA DE SU SOLICITUD

LEA ESTA PÁGINA Y GUÁRDELA PARA SUS REGISTROS.

Para empezar

Proceso de solicitud paso a paso

1. Complete esta solicitud. Responda las preguntas de manera completa y honesta.

La División de Servicios Económicos (ESD) verificará la información que nos proporcione mediante otras fuentes, incluidas las agencias federales, estatales y locales.

2. Firme la solicitud.

Antes de firmar, asegúrese de haber leído y comprender los **Derechos y responsabilidades** que se explican en las páginas 17 - 18.

3. Adjunte todos los documentos necesarios.

Algunas preguntas le piden que incluya documentos adicionales. Le pedimos que envíe copias de los documentos personales. Los originales podrían no ser devueltos.

4. Envíe su solicitud completa y firmada.

EN PERSONA: Deje su solicitud completa en una de nuestras 12 oficinas de distrito. Para encontrar la más cercana a usted, llame al **1-800-479-6151** o vaya a myBenefits.vt.gov.

POR CORREO POSTAL: Envíe su solicitud completa a:

DCF - Economic Services Division
Application and Document Processing Center
280 State Drive
Waterbury, VT 05671-1500

5. Participe en una entrevista, si se lo solicitan.

Si solicita 3SquaresVT o Reach Up, deberá completar una entrevista, por teléfono o personalmente, antes de que podamos tomar una decisión sobre su elegibilidad. Le informaremos del proceso de entrevista después del proceso de aplicación.

6. Envíe todos los documentos adicionales que se le soliciten.

Después de enviar su solicitud, es posible que le pidamos que nos proporcione documentación adicional (p.ej. carnet de conducir, identificación, documentación de inmigración, talones de pago, facturas, formularios, etc.) para verificar cierta información. Le pedimos que envíe copias de los documentos personales. Los originales podrían no ser devueltos.

Cuestiones importantes que necesita saber

OPCIONAL. Para agilizar el proceso, envíe las páginas 1-2 de esta solicitud. Debe incluir al menos su nombre, dirección y firma. Complete y envíe el resto de la solicitud lo antes posible.

BENEFICIOS DE 3SQUARESVT. Los beneficios se prorrateará desde la fecha en que recibamos su solicitud siempre que, como mínimo, contenga su nombre, dirección y firma.

LEY PARA ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA).

Si tiene alguna condición física o mental que limita de manera significativa una actividad importante de la vida (por ejemplo, moverse, ver o pensar), puede tener derecho a adaptaciones razonables para ayudarlo a participar en los programas de la ESD. Llame al **1-800-479-6151**.

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (SSN). Deberá proporcionar un SSN por cada persona que solicite los beneficios. No es necesario que proporcione los SSN de las personas que no soliciten los beneficios, pero sí tendrá que proporcionar información relacionada a sus ingresos y recursos. Para recibir asistencia para conseguir su SSN, llame al **1-800-772-1213** o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY, deben llamar al **1-800-325-0778**.

INMIGRANTES. Solo los ciudadanos estadounidenses y ciertos ciudadanos no estadounidenses pueden obtener beneficios. Si en su hogar hay personas que no son elegibles debido a su estado migratorio, aún así puede presentar una solicitud para quienes son elegibles. No tiene que proporcionar información de inmigración de las personas que no presentan la solicitud, pero sí necesita proporcionar información de sus ingresos y recursos. Obtener beneficios de la ESD puede afectar al patrocinador de un inmigrante o al estatus migratorio. Antes de presentar su solicitud, póngase en contacto con Vermont Legal Aid al **1-800-889-2047** y consulte las preguntas que tenga.

Recursos adicionales

ENERGY ASSISTANCE: Si utiliza Green Mountain Power o Vermont Gas, es posible que califique para un descuento. Visite energyhelp.vt.gov o llame al **1-800-775-0516** para más información.

OTRAS AYUDAS: Vaya a dcf.vermont.gov/esd o llame al **1-800-479-6151** para recibir información acerca de otros beneficios disponibles a través de la ESD, incluida la asistencia general/de urgencia.

COBERTURA DE SALUD: Para saber más acerca de la cobertura de salud y sobre cómo solicitarla, llame a Vermont Health Connect al **1-855-899-9600** o vaya a dvha.vermont.gov/apply.

PROGRAMA DE TELECOMUNICACIONES LIFELINE: Para recibir asistencia con el programa federal Lifeline, por favor, llame al teléfono de asistencia al consumidor de USAC Lifeline al **1-800-234-9473** o visite <https://www.lifelinesupport.org>.

ASISTENCIA ADICIONAL: Visite vermont211.org o marque el número gratuito **2-1-1** desde cualquier lugar de Vermont para conocer cientos de otros recursos comunitarios y estatales.

Solicitud de beneficios

Escriba con claridad y responda las preguntas de manera completa y honesta. ¡Gracias!



202 Revisado en 11/2022

1. Háblenos de usted, la persona que lo solicita.

| | | |
|---|--|---|
| Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (<i>Jr., Sr., III, etc.</i>) | | Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>) |
| Número de Seguridad Social | Número de teléfono en el que podemos ponernos en contacto con usted () - | Ciudad en la que vive |
| Dirección de correo postal, línea 1 | | Número de piso o suite |
| Dirección de correo postal, línea 2 (<i>en caso de poder incluirlo, incluya aquí un "al cuidado de"</i>) | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección física <input type="checkbox"/> Marque si es la misma que la del correo postal <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene hogar | | Número de piso o suite |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección de correo electrónico | | Idioma de preferencia |

2. ¿Qué programas solicita?

Marque todos los programas que solicita (puede solicitar más de uno).

3SquaresVT:



Ayuda a la gente a comprar alimentos.

Reach Up:



Brinda asistencia a hogares con niños.

Fuel Assistance:



Ayuda a que las personas calefaccionen sus hogares

Essential Person:



Ayuda a las personas a pagar cuidado domiciliario esencial

A medida que complete esta solicitud, busque los símbolos de arriba. Solo debe responder las preguntas que muestran los símbolos de los programas que solicita. Si no tiene claro qué programas quiere, responda todas las preguntas.

3. ¿Le interesan estos servicios adicionales?

WIC: Si tiene un hijo menor de cinco años o está embarazada o tiene un bebé en edad lactante, puede calificar para recibir ayuda adicional con alimentos, exámenes de salud y educación nutricional. Si es el caso, ¿desea que alguien del programa WIC se ponga en contacto con usted? Sí No

Para saber más sobre el programa WIC, también puede llamar al número de teléfono gratuito 1-800-464-4343.

Registro del votante: Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría una solicitud de registro de votante? **Si no marca ninguna de las casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.** Sí No

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 desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. 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).

ICAN: ¿Todos los miembros del hogar están interesados en conseguir un empleo o un mejor empleo? Sí No

FIRME AQUÍ. LAS SOLICITUDES SIN FIRMAR NO SE PROCESARÁN. SE DEVOLVERÁN.

*Doy mi palabra, bajo pena de perjurio, de que la información en esta solicitud es correcta y completa a mi leal saber y entender, incluida la información sobre ciudadanía y condición de extranjero. He leído y comprendo mis **Derechos y Responsabilidades** de las páginas 17-18 y los acepto.*

Firma del solicitante o representante (consulte la página 15 para ver la definición)

Fecha _____

Respuesta para: **4. Antecedentes penales. Háblenos de los antecedentes penales de las personas de su hogar.**



Responda estas preguntas para condenas que ocurrieron en cualquier estado.

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| 1. ¿Usted o alguien en su hogar ha(n) sido condenado(s) por un delito grave de drogas después del 22 de agosto de 1996? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es SÍ, ¿quién? |
| 2. ¿Es usted o alguien en su hogar es un delincuente prófugo? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es SÍ, ¿quién? |
| 3. ¿Usted o alguien en su hogar ha infringido la libertad vigilada o bajo palabra? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es SÍ, ¿quién? |
| 4. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado por negociar los beneficios SNAP para conseguir drogas después del 22 de agosto de 1996? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es SÍ, ¿quién? |
| 5. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios SNAP por un valor superior a \$500 en algún estado después del 22 de septiembre de 1996? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es SÍ, ¿quién? |
| 6. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado por recibir de forma fraudulenta beneficios SNAP duplicados en algún estado después del 22 de septiembre de 1996? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es SÍ, ¿quién? |
| 7. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado por negociar los beneficios SNAP para obtener armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es SÍ, ¿quién? |

Respuesta para: **5. Obtenga 3SquaresVT más rápido.**



Es posible que sea elegible para obtener los beneficios de 3SquaresVT en los próximos 7 días si:

- Su hogar tiene menos de \$150 en ingresos brutos mensuales y menos de \$100 en recursos líquidos (es decir, efectivo disponible o en el banco); o
- Su hogar incluye un trabajador agrícola migrante o temporal y recibe muy poco ingreso ocasional o ningún ingreso y tiene menos de \$100 en recursos líquidos; o
- Los ingresos brutos y los recursos combinados de su hogar son menores que el alquiler mensual o la hipoteca del hogar más servicios.

Si cree que podría cumplir los requisitos para beneficios más rápidos, responda las preguntas a continuación acerca de la gente de su hogar con la mayor precisión posible.

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Alguien en su hogar recibió beneficios (SNAP, 3SquaresVT) este mes en este estado? |
| Si la respuesta es SÍ, ¿en qué estado? | |
| <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Alguien de su hogar es trabajador migrante o de cosecha temporal? |
| \$ | ¿Cuáles son los ingresos brutos (antes de restarle las deducciones) totales de su hogar este mes? |
| \$ | ¿Cuánto dinero tiene disponible su hogar en efectivo o en las cuentas bancarias? |
| \$ | ¿Cuánto paga en alquiler mensual o pago de hipoteca? |
| \$ | ¿Cuánto paga por sus servicios mensuales (calefacción, aire acondicionado, agua caliente, cocina y luz)? |

Respuesta para: **6. Háblenos de cada una de las personas que viven en su hogar.**

MIEMBRO



Enumere a todas las personas del hogar, incluso si no solicitan beneficios. Póngase a usted primero en la lista. Se lo considerará la cabeza del hogar. Si necesita agregar más personas, utilice una hoja en blanco y responda a las mismas preguntas a debajo por cada persona. Incluya su nombre y SSN en la parte superior de cualquier página adicional.

| | | | | |
|--|----------------------------|---|--|--|
| Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (<i>Jr., Sr., III, etc.</i>) | | Solicita: <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Reach Up <input type="checkbox"/> Fuel Assistance <input type="checkbox"/> Essential Person <input type="checkbox"/> Ninguno | Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Asilado <input type="checkbox"/> Inmigrante legal <input type="checkbox"/> Otro | Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado/anulación del matrimonio <input type="checkbox"/> Viudo |
| Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>) | Número de Seguridad Social | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| Parentesco con usted Yo mismo | Grado más alto completado | | | |

La siguiente pregunta es voluntaria. No afectará la elegibilidad o el nivel de beneficios. Solo se pregunta para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de etnia, raza, color u origen nacional.

Etnia: Hispana o latina No hispana o latina
Raza: Asiática Blanca Negra o afroamericana Nativa hawaiana o de otra isla del Pacífico Nativa americana o de Alaska

| | | | | |
|--|----------------------------|---|--|--|
| Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (<i>Jr., Sr., III, etc.</i>) | | Solicita: <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Reach Up <input type="checkbox"/> Fuel Assistance <input type="checkbox"/> Essential Person <input type="checkbox"/> Ninguno | Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Asilado <input type="checkbox"/> Inmigrante legal <input type="checkbox"/> Otro | Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado/anulación del matrimonio <input type="checkbox"/> Viudo |
| Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>) | Número de Seguridad Social | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| Parentesco con usted | Grado más alto completado | | | |

La siguiente pregunta es voluntaria. No afectará la elegibilidad o el nivel de beneficios. Solo se pregunta para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de etnia, raza, color u origen nacional.

Etnia: Hispana o latina No hispana o latina
Raza: Asiática Blanca Negra o afroamericana Nativa hawaiana o de otra isla del Pacífico Nativa americana o de Alaska

| | | | | |
|--|----------------------------|---|--|--|
| Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (<i>Jr., Sr., III, etc.</i>) | | Solicita: <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Reach Up <input type="checkbox"/> Fuel Assistance <input type="checkbox"/> Essential Person <input type="checkbox"/> Ninguno | Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Asilado <input type="checkbox"/> Inmigrante legal <input type="checkbox"/> Otro | Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado/anulación del matrimonio <input type="checkbox"/> Viudo |
| Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>) | Número de Seguridad Social | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| Parentesco con usted | Grado más alto completado | | | |

La siguiente pregunta es voluntaria. No afectará la elegibilidad o el nivel de beneficios. Solo se pregunta para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de etnia, raza, color u origen nacional.

Etnia: Hispana o latina No hispana o latina
Raza: Asiática Blanca Negra o afroamericana Nativa hawaiana o de otra isla del Pacífico Nativa americana o de Alaska

| | | | | |
|--|----------------------------|---|--|--|
| Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (<i>Jr., Sr., III, etc.</i>) | | Solicita: <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Reach Up <input type="checkbox"/> Fuel Assistance <input type="checkbox"/> Essential Person <input type="checkbox"/> Ninguno | Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Asilado <input type="checkbox"/> Inmigrante legal <input type="checkbox"/> Otro | Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado/anulación del matrimonio <input type="checkbox"/> Viudo |
| Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>) | Número de Seguridad Social | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| Parentesco con usted | Grado más alto completado | | | |

La siguiente pregunta es voluntaria. No afectará la elegibilidad o el nivel de beneficios. Solo se pregunta para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de etnia, raza, color u origen nacional.

Etnia: Hispana o latina No hispana o latina
Raza: Asiática Blanca Negra o afroamericana Nativa hawaiana o de otra isla del Pacífico Nativa americana o de Alaska

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

EITC

Respuesta para:

7. ¿Alguien obtuvo un Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo (EITC, por sus siglas en inglés) de Vermont en los últimos 12 meses? (Línea 31C en su declaración de impuestos de Vermont)



Si no está seguro, llame al Departamento de Impuestos de Vermont al 1-802-828-2865.

SÍ. Responda esta pregunta ⬇️

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡️

| Nombre, inicial del segundo nombre | Fecha de recepción |
|------------------------------------|--------------------|
| | |

Respuesta para:

8. ¿Alguien se ha mudado a Vermont en los 3 últimos años?



SÍ. Responda esta pregunta ⬇️

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡️

| Nombre, inicial del segundo nombre | Fecha de llegada a Vermont | Estado o país del que se mudó |
|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | | |
| | | |

Respuesta para:

9. ¿Alguien ha recibido ayudas financieras de otro estado desde el 1 de julio de 2001?



SÍ. Responda esta pregunta ⬇️

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡️

| Nombre, inicial del segundo nombre | Otro estado | Fecha de inicio de la ayuda | Fecha de fin de la ayuda |
|------------------------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |

INST

Respuesta para:

10. ¿Alguien vive actualmente en una instalación que no sea una escuela o universidad?



Ejemplos: hospital, hogar de la tercera edad, instalación correccional, instalación de tratamiento, casa de acogida, etc.

SÍ. Responda esta pregunta ⬇️

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡️

| Nombre, inicial del segundo nombre | Nombre de la instalación | Tipo de instalación | Fecha de admisión |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|
| | | | |

ESCUELA

Respuesta para:

11. ¿Alguien está en la escuela secundaria, universidad, escuela vocacional o en un programa de capacitación?



SÍ. Responda esta pregunta ⬇️

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡️

¿Alguno de los menores que se detallan debajo tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) o una discapacidad que le impide graduarse antes de los 19 años? **SÍ** **NO**

| Nombre, inicial del segundo nombre | Nombre de la escuela | Tipo de escuela | Fecha de finalización esperada | Estado de matriculación | ¿Vive en el campus? |
|------------------------------------|----------------------|-----------------|--------------------------------|--|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Menos de la mitad del tiempo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Menos de la mitad del tiempo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Hogar (continuación)

5

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

PREG

Respuesta para: **12. ¿Alguna de las personas está embarazada?**



SÍ. Responda esta pregunta ↴

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡

| Nombre, inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento esperada | ¿Esto le impide trabajar? |
|------------------------------------|------------------------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Respuesta para: **13. ¿Alguna de las personas vive fuera de casa durante cierto tiempo?**



SÍ. Responda esta pregunta ↴

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡

| Nombre, inicial del segundo nombre | Tiempo que pasan viviendo en su hogar | Cuando no residen con usted, ¿con quién están? |
|------------------------------------|---|---|
| | _____ días por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año | Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.) |
| | _____ días por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año | Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.) |

ALIA

Respuesta para: **14. ¿Alguien es conocido con otro nombre?**



Ejemplo: nombre de soltera, apodo o alias.

SÍ. Responda esta pregunta ↴

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡

| NOMBRE ACTUAL: Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo | OTRO NOMBRE: Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo |
|--|--|
| | |
| | |

DISCAPACIDAD

Respuesta para: **15. ¿Alguien tiene una condición física, mental o emocional que limita actividades como trabajar, ir a la escuela o cuidar a los niños?**



SÍ. Responda esta pregunta ↴

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡

| Nombre, inicial del segundo nombre | ¿Se debe a un accidente? | Determinación de discapacidad |
|------------------------------------|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Esta persona ha solicitado la discapacidad a Seguridad Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Seguridad Social ha determinado que esta persona es discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Esta persona ha solicitado la discapacidad a Seguridad Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Seguridad Social ha determinado que esta persona es discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

PADRES

Respuesta para: **16. ¿Vive con usted otro padre de su(s) hijo(s) menor(es)?**



SÍ. Responda esta pregunta ↴

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡

| OTRO PADRE: Nombre, segundo nombre, apellido | ¿Está casado o unido por Unión Civil a esta persona? | Nombre(s) de hijo(s) en común |
|--|---|-------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

ABANDONO

Respuesta para: **17. ¿Alguien dejó de trabajar en los últimos 60 días?**



Ejemplos: renuncia, despido o en huelga.

SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ➔

| Nombre, inicial del segundo nombre | Razón de la baja | Fecha de baja |
|------------------------------------|------------------|---------------|
| | | |
| | | |

COMIDAS

Respuesta para: **18. ¿Alguien compra y prepara comida más allá de usted?**



SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ➔

| Nombre, inicial del segundo nombre | Nombre, inicial del segundo nombre | Nombre, inicial del segundo nombre |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| | | |

ESSP

Respuesta para: **19. ¿Alguien vive con usted para proporcionarle cuidados esenciales y que pueda usted vivir en su hogar?**



SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ➔

| Nombre, segundo nombre, apellido | Tipo de cuidado | ¿Lo paga otra agencia? |
|----------------------------------|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Ama de casa, cuidador/a o servicios de compañía <input type="checkbox"/> Cuidados personales médicamente necesarios <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

ABSP

Respuesta para: **20. ¿Algún menor tiene un padre que no vive con usted?**



SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ➔

| PADRE AUSENTE: Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., etc.) | Nombre(s) de(l) los hijo(s) |
|---|-----------------------------|
| | |
| | |
| | |

Antes de que podamos determinar su elegibilidad para Reach Up, debe completar un Formulario 137 por cada padre ausente. Este formulario asigna sus derechos de manutención infantil al estado de Vermont. Le enviaremos el Formulario 137 luego de recibir esta solicitud. Para recibir antes el formulario, llame al **1-800-479-6151**, o visite myBenefits.vt.gov para imprimirlo. Si considera que solicitar la manutención podría hacer que el progenitor sin custodia perjudique de forma física o emocional a usted o al menor involucrado, puede solicitar la renuncia a la cooperación. Encontrará más detalles en la página 17, punto 11 de los Derechos y Responsabilidades.

Enlace al formulario 137: <https://outside.vermont.gov/dept/DCF/Shared%20Documents/ESD/Forms/137.pdf>

Responda solo para los adultos en su hogar que solicitan beneficios.

MEDICINA

Respuesta para: **21. ¿Alguien está inscrito en Medicare (seguro proporcionado por el Seguro Social)?**



Si tiene dudas, llame a Medicare al **1-800-633-4227**. Los usuarios de TTY, deben llamar al **1-877-486-2048**.

SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ➔

| Persona 1 | | Parte A | Parte B | Parte C | Parte D |
|------------------------------------|-----------------|---------|---------|---------|---------|
| Nombre, inicial del segundo nombre | Fecha de inicio | | | | |
| Número de reclamo de Medicare | Pago de primas | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Persona 2 | | Parte A | Parte B | Parte C | Parte D |
| Nombre, inicial del segundo nombre | Fecha de inicio | | | | |
| Número de reclamo de Medicare | Pago de primas | \$ | \$ | \$ | \$ |

Recursos

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

EFFECTIVO

Respuesta para: **22. ¿Alguien tiene efectivo que NO se encuentre en un banco, como por ejemplo en casa, en mano o en posesión de otros?**



SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ➔

| | | | | |
|------------------------------------|----|----|----|----|
| Nombre, inicial del segundo nombre | | | | |
| Importe | \$ | \$ | \$ | \$ |

BANCO

Respuesta para: **23. ¿Alguien tiene cuentas en el banco, en cooperativas de crédito o en otra institución financiera, incluidas las cuentas que no tienen valor en este momento?**



SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ➔

Marque los tipos de cuentas y proporcione detalles a continuación.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> IRA/Keogh Plan/401K | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro |
| <input type="checkbox"/> Cuenta corriente | <input type="checkbox"/> Fondo de pensiones | <input type="checkbox"/> Otra (describalo debajo) |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros Christmas Club | <input type="checkbox"/> Cuenta de jubilación | |

➔ Marque la casilla roja a continuación para depositar sus beneficios de Reach Up, 3SquaresVT o Essential Person en la cuenta seleccionada.

| Nombre(s) del/de los propietario(s)/copropietario(s) | Tipo de cuenta | Nombre del banco | Número de ruta | Número de cuenta | Valor |
|--|----------------|------------------|----------------|--------------------------|-------|
| | | | | <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | | | <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | | | <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | | | <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | | | <input type="checkbox"/> | \$ |

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

VEHÍCULOS

Respuesta para: **24. ¿Alguna de las personas es propietaria, copropietaria o arrendataria de vehículos, incluidos los vehículos no registrados o que no estén en uso en la actualidad?**



SÍ. Responda esta pregunta **NO. Pase a la pregunta que sigue**

Marque los tipos de vehículos en propiedad o copropiedad y proporcione detalles a continuación.

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vehículo todo terreno | <input type="checkbox"/> Automóvil | <input type="checkbox"/> Moto de nieve |
| <input type="checkbox"/> Barco | <input type="checkbox"/> Moto de agua | <input type="checkbox"/> Camión o furgoneta |
| <input type="checkbox"/> Caravana/Autocaravana/trailer | <input type="checkbox"/> Motocicleta | <input type="checkbox"/> Otra (describalo debajo) |

| Nombre(s) del/de los propietario(s)/copropietario(s) | Tipo de vehículo | Año, marca y modelo | ¿Arrendado? | Monto adeudado | Para uso de la ESD |
|--|------------------|---------------------|--|----------------|--------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | \$ | |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | \$ | |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | \$ | |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | \$ | |
| | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | \$ | |

PROP

Respuesta para: **25. Además de la casa en la que vive, ¿alguien es dueño o copropietario de casas, terrenos, casas móviles, tiempos compartidos, edificios, otros bienes inmuebles o intereses de propiedad vitalicia en alguna propiedad?**



SÍ. Responda esta pregunta **NO. Pase a la pregunta que sigue**

| Nombre(s) del/de los propietario(s)/copropietario(s) | Tipo de propiedad | Ubicación | Valor calculado | Monto adeudado |
|--|-------------------|-----------|-----------------|----------------|
| | | | \$ | \$ |
| | | | \$ | \$ |

ACCIÓN

Respuesta para: **26. ¿Alguien es propietario o copropietario de alguno de los recursos enumerados a continuación, incluidos los recursos que no tienen valor en este momento?**



SÍ. Responda esta pregunta **NO. Pase a la pregunta que sigue**

Marque los tipos de recursos en propiedad o copropiedad y proporcione detalles a continuación.

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de gastos funerarios: ¿Es irrevocable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Colecciones (p.ej. sellos, cómics, etc.) | <input type="checkbox"/> Acciones/bonos/fondos de inversión |
| <input type="checkbox"/> Parcela en un cementerio | <input type="checkbox"/> Pagaré o pagaré hipotecario | <input type="checkbox"/> Fideicomisos |
| | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorros | <input type="checkbox"/> Otra (describalo debajo) |

| Nombre(s) del/de los propietario(s)/copropietario(s) | Tipo de recurso | Valor |
|--|-----------------|-------|
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

ACCIÓN

Respuesta para: **27. ¿Alguien vendió, regaló, intercambió o transfirió la propiedad de algún recurso en los últimos 24 meses (3 meses si solo solicita 3SquaresVT)?**



Ejemplos: vehículos, dinero, acciones, tierras, casas o algún otro artículo de valor.

SÍ. Responda esta pregunta **NO. Pase a la pregunta que sigue**

| Nombre, inicial del segundo nombre | Tipo de recurso | Fecha de transferencia | Precio o valor de venta |
|------------------------------------|-----------------|------------------------|-------------------------|
| | | | \$ |
| | | | \$ |

Ingreso

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

JINC

Respuesta para: **28. ¿Alguien tiene ingresos de un trabajo, pasantía o programa de capacitación?**



SÍ. Responda esta pregunta **NO. Pase a la pregunta que sigue**

Detalle los ingresos brutos de cada salario recibido en los últimos 30 días antes de deducciones (p.ej. impuestos, seguros, etc.). *Por favor, detalle hasta 5 salarios recibidos en los últimos 30 días.* Para un procesamiento más rápido, incluya copias de los talones de pago.

| | | | | | |
|--|---|----------------------|------------------|---|---------------------|
| Nombre del empleado: nombre, segundo nombre, apellido | | Nombre del empleador | | Número de teléfono del empleador () - | |
| Los salarios se abonan: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro: _____ Día de la semana del pago: _____ _____ | | Fecha de pago | Horas trabajadas | Ingresos brutos | Propinas/comisiones |
| | 1 | | | \$ | \$ |
| | 2 | | | \$ | \$ |
| | 3 | | | \$ | \$ |
| | 4 | | | \$ | \$ |
| | 5 | | | \$ | \$ |
| Nombre del empleado: nombre, segundo nombre, apellido | | Nombre del empleador | | Número de teléfono del empleador () - | |
| Los salarios se abonan: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro: _____ Día de la semana del pago: _____ _____ | | Fecha de pago | Horas trabajadas | Ingresos brutos | Propinas/comisiones |
| | 1 | | | \$ | \$ |
| | 2 | | | \$ | \$ |
| | 3 | | | \$ | \$ |
| | 4 | | | \$ | \$ |
| | 5 | | | \$ | \$ |
| Nombre del empleado: nombre, segundo nombre, apellido | | Nombre del empleador | | Número de teléfono del empleador () - | |
| Los salarios se abonan: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro: _____ Día de la semana del pago: _____ _____ | | Fecha de pago | Horas trabajadas | Ingresos brutos | Propinas/comisiones |
| | 1 | | | \$ | \$ |
| | 2 | | | \$ | \$ |
| | 3 | | | \$ | \$ |
| | 4 | | | \$ | \$ |
| | 5 | | | \$ | \$ |

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

INKD

Respuesta para: **29. ¿Alguien recibe alimentos, alojamiento, ropa o alguna otra cosa a cambio de su trabajo?**



Ejemplo: Alguien obtiene vivienda a cambio de trabajar en una granja, y el valor es de \$500 al mes.

SÍ. Responda esta pregunta **NO. Pase a la pregunta que sigue**

| Nombre, inicial del segundo nombre | Artículo recibido | Valor |
|------------------------------------|-------------------|--------|
| | | \$ por |

DCIN

Respuesta para: **30. ¿Alguien tiene ingresos por cuidado de menores?**



Si reclama ingresos por cuidado de menores en sus impuestos, responda NO aquí y SÍ a la pregunta 32.

SÍ. Responda esta pregunta **NO. Pase a la pregunta que sigue**

Detalle los ingresos de los últimos 30 días y la cantidad de comidas que proporciona cada mes por las cuales no recibe pagos ni reembolsos.

| Nombre, inicial del segundo nombre | Ingresos antes de las deducciones | Horas/semana | Desayuno | Comida | Cena | Bocadillos |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------|----------|--------|------|------------|
| | \$ por | | | | | |
| | \$ por | | | | | |

RBIN

Respuesta para: **31. ¿Alguien tiene ingresos por proporcionar habitaciones o comidas en su hogar? Incluya los pagos por menores.**



SÍ. Responda esta pregunta **NO. Pase a la pregunta que sigue**

| Nombre, inicial del segundo nombre de la persona beneficiaria | Pago recibido | ¿Quién paga? (nombre(s) completo(s)) | Marque todas las opciones que correspondan |
|---|---------------|--------------------------------------|---|
| | \$ por | | <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> 1-2 comidas al día <input type="checkbox"/> 3 comidas al día |
| | \$ por | | <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> 1-2 comidas al día <input type="checkbox"/> 3 comidas al día |

NEGOCIO

Respuesta para: **32. ¿Alguien tiene ingresos de un empleo autónomo?**



Ejemplos: agricultura, carpintería, cuidado del césped, ventas directas a domicilio, explotación forestal, venta de chatarra, trabajillos, alquiler de propiedades, manutención infantil. Si respondió NO, vaya a la pregunta 30.

SÍ. Responda esta pregunta **NO. Pase a la pregunta que sigue**

| Nombre, inicial del segundo nombre | Tipo de negocio | Horas trabajadas por semana | Fecha de inicio de la empresa |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | | | |

Debe incluir una copia de su declaración de impuestos federales, incluidos los formularios, los horarios y las ampliaciones. Si es un nuevo negocio y no ha presentado impuestos aún, incluya los registros de ingresos y gastos hasta la fecha.

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

STIN

Respuesta para: **33. ¿Alguien tiene ingresos por estudios, becas o préstamos estudiantiles?**



SÍ. Responda esta pregunta ↓

NO. Pase a la pregunta que sigue →

| Nombre, inicial del segundo nombre | Importe de beca o préstamo | Importe de matrícula y tasas | Período cubierto (mes/año - mes/año) |
|------------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| | \$ | \$ | |
| | \$ | \$ | |

UNEA

Respuesta para: **34. ¿Alguien recibe ingresos de otras fuentes, como las que se indican a continuación?**



SÍ. Responda esta pregunta ↓

NO. Pase a la pregunta que sigue →

Marque los tipos de ingresos recibidos y proporcione los detalles a continuación. Indique los ingresos brutos (ingresos antes de deducciones, como primas de Medicare, impuestos, seguros, manutención infantil o cuotas sindicales).

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Seguridad Social | <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Dinero de terceros | <input type="checkbox"/> SSI/AABD | <input type="checkbox"/> Compensación de los trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Dividendos o intereses | <input type="checkbox"/> Pensiones o jubilación | <input type="checkbox"/> Fideicomisos o rentas vitalicias | <input type="checkbox"/> Otra (describalo debajo) |
| <input type="checkbox"/> Indemnizaciones de seguros | <input type="checkbox"/> Pagaré/pagaré hipotecario | | |

| Nombre, inicial del segundo nombre | Tipo de ingresos | Ingresos brutos antes de las deducciones | ¿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 |

Respuesta para: **35. Si no tiene ingresos, ¿cómo paga sus gastos diarios?**



Explíquelo debajo.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños. Los gastos indicados pueden ayudar a aumentar su beneficio de 3SquaresVT. Después de enviar esta solicitud, puede informar nuevos gastos en cualquier momento.

DCEX

Respuesta para: **36. ¿Alguien paga manutención infantil o pensión alimenticia?**



SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ↻

| Nombre de la persona que paga | | Cantidad abonada | ¿Con qué frecuencia? | ¿Es por orden del tribunal? | ¿Para quién se paga esto? (nombre(s) completo(s)) |
|-------------------------------|----------------------|------------------|----------------------|---|---|
| | Pensión alimenticia | \$ | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | Manutención infantil | \$ | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Nombre de la persona que paga | | Cantidad abonada | ¿Con qué frecuencia? | ¿Es por orden del tribunal? | ¿Para quién se paga esto? (nombre(s) completo(s)) |
| | Pensión alimenticia | \$ | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | Manutención infantil | \$ | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

DCEX

Respuesta para: **37. ¿Alguien utiliza servicios de cuidados infantiles o para adultos?**



SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ↻

Indique por separado a cada menor y adulto.

| | | | |
|---|---|--|---|
| Menor/adulto al que se cuida | Persona que paga los cuidados | Nombre y dirección del cuidador del menor/adulto | |
| Cantidad abonada semanalmente, luego de la subvención | Distancia en millas del hogar al proveedor (solo ida) | Días de cuidados por semana | Razón por la que se necesitan los cuidados: <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Buscando trabajo |
| Menor/adulto al que se cuida | Persona que paga los cuidados | Nombre y dirección del cuidador del menor/adulto | |
| Cantidad abonada semanalmente, luego de la subvención | Distancia en millas del hogar al proveedor (solo ida) | Días de cuidados por semana | Razón por la que se necesitan los cuidados: <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Buscando trabajo |
| Menor/adulto al que se cuida | Persona que paga los cuidados | Nombre y dirección del cuidador del menor/adulto | |
| Cantidad abonada semanalmente, luego de la subvención | Distancia en millas del hogar al proveedor (solo ida) | Días de cuidados por semana | Razón por la que se necesitan los cuidados: <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Buscando trabajo |

FMED

Respuesta para: **38. ¿Alguien de 60 años o más o con discapacidad paga más de \$35 al mes en gastos médicos varios (no cubiertos por el seguro)?**



Ejemplos:

- Primas de seguros médicos, copagos y deducibles;
- Copagos de recetas;
- Gastos de transporte para recibir tratamientos o servicios médicos;
- Facturas por servicios sanitarios (p.ej. profesionales de la salud, dentistas, cuidados hospitalarios, profesionales de la salud mental o rehabilitación); y
- Medicamentos de venta libre, equipamiento y suministros (si los aprueba su profesional de salud).

SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ↻

| Nombre, inicial del segundo nombre | Nombre, inicial del segundo nombre | Nombre, inicial del segundo nombre |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 |

Reclamar gastos médicos mensuales puede aumentar su beneficio de 3SquaresVT. Para ver si sus gastos califican para un mayor beneficio, podríamos enviarle un formulario 120 por cada persona que indique aquí. Explica cómo reclamar los gastos y qué documentación puede tener que entregar para su verificación. Para que le envíen el formulario ahora, llame al **1-800-479-6151**, o visite myBenefits.vt.gov para imprimirlo.

No es necesario un formulario 120 para procesar su solicitud

Gastos de refugio

13

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

Si alquila una habitación en casa de otra persona, responda NO a las preguntas 39-44 y responda SÍ a la pregunta 45.

ALQUILER

Respuesta para: **39. ¿Alguien (usted incluido) paga alquiler por la vivienda en la que vive?**



SÍ. Responda esta pregunta ⬇️

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡️

| Alquiler total | \$ | por | |
|---|---|---------------|--|
| ¿Quién paga el alquiler? (nombre, inicial del segundo nombre) | Importe de alquiler que paga esta persona | ¿Qué incluye? | Tipo de ayuda para el alquiler, si la hubiere |
| | \$ | por | <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Vivienda subvencionada <input type="checkbox"/> Sección 8 |
| | \$ | por | <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Vivienda subvencionada <input type="checkbox"/> Sección 8 |
| | \$ | por | <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Vivienda subvencionada <input type="checkbox"/> Sección 8 |
| Información del propietario | Nombre | | Número de teléfono |
| Dirección postal del propietario: | | | |

CASA

Respuesta para: **40. ¿Alguien paga un pago de hipoteca, impuestos a la propiedad, alquiler de lote, préstamo con garantía hipotecaria, tarifas de condominio u otros gastos por la casa en la que vive?**



SÍ. Responda esta pregunta ⬇️

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡️

| Tipo de pago | Nombre, inicial del segundo nombre | ¿Con qué frecuencia se realizan los pagos? | Importe |
|---|------------------------------------|--|--------------------------------|
| Solo hipoteca (sin importe de monto en garantía) | | | Principal/Intereses \$ / \$ |
| Nombre/dirección: Prestador hipotecario | | | |
| Impuestos a la propiedad (IMPUESTOS TOTALES) | | | \$ |
| Impuestos a la propiedad (PAGOS ESTATALES) | | | \$ |
| Impuestos a la propiedad (IMPUESTO NETO ADEUDADO) | | | |
| Nombre/dirección: Oficina local de impuestos a la propiedad | | | |
| Alquiler del lote | | | \$ |
| Nombre/dirección: Propietario del alquiler del lote | | | |
| Cuotas del condominio | | | \$ |
| Nombre/dirección: Propietario de la cuota de condominio | | | |
| Préstamo con garantía hipotecaria | | | Principal/Intereses \$ / \$ |

UTIL

Respuesta para: **41. ¿Comparte los gastos de alojamiento?**



SÍ. Responda esta pregunta ⬇️

NO. Pase a la pregunta que sigue ➡️

| Nombre de la persona con la que comparte gastos | ¿Qué gastos se comparten? |
|---|---|
| | <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Otro |
| | <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Otro |

Gastos de refugio (continuación)

14

Responda por todas las personas de su casa, incluidos los niños.

UTIL

Respuesta para: **42. Cuéntenos sobre su información de vivienda, calefacción, combustible y servicios.**



| Nombre de la persona que paga | 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"/> Calefacción | <input type="checkbox"/> Agua caliente | <input type="checkbox"/> Cocina | <input type="checkbox"/> Luz | <input type="checkbox"/> Aire acondicionado |

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| PRINCIPAL tipo de combustible para calentar su hogar (marque solo uno) | <input type="checkbox"/> Carbón | <input type="checkbox"/> Keroseno | <input type="checkbox"/> Petróleo | <input type="checkbox"/> Gas propano | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Gas natural | <input type="checkbox"/> Pellets | <input type="checkbox"/> Madera | |
| Cuenta de combustible y proveedor (si se calefacciona con madera o pellets o si la calefacción está incluida en su alquiler, omita esta parte) | Titular de la cuenta | | Número de cuenta | | |
| | Nombre del proveedor de combustible | | Número de teléfono del proveedor de combustible () - | | |
| | Dirección del proveedor de combustible | | | | |
| Proveedor de electricidad del hogar | Proveedor de electricidad | Titular de la cuenta | | Número de cuenta | |
| | | | | | |
| Tipo de vivienda | <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Sin techo <input type="checkbox"/> Vivienda móvil <input type="checkbox"/> Casa unifamiliar | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Otro: | | | | |

TELÉFONO

Respuesta para: **43. ¿Alguien paga por tener teléfono?**



SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ➔

| Nombre, inicial del segundo nombre | Nombre, inicial del segundo nombre | Nombre, inicial del segundo nombre |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 |

TELÉFONO

Respuesta para: **44. ¿Alguien paga seguro de propietario por su vivienda?**



Esto no incluye el seguro de inquilinos.

Si su seguro cubre el reemplazo de edificios anexos y propiedad personal, esa cantidad no se cuenta como parte del gasto del seguro de propietario de vivienda.

SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ➔

| Nombre, inicial del segundo nombre | Cantidad abonada | ¿Con qué frecuencia? |
|--|------------------|----------------------|
| | \$ | |
| Nombre y dirección de la compañía de seguros | | |

RBEX

Respuesta para: **45. ¿Alguna persona paga para alquilar una habitación en casa de otra persona (con o sin comidas incluidas)?**



SÍ. Responda esta pregunta ↻

NO. Pase a la pregunta que sigue ➔

| Nombre, inicial del segundo nombre | Cantidad abonada | ¿Con qué frecuencia? | Comidas incluidas al día |
|------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------------|
| | \$ | | |
| Nombre y dirección del propietario | | | |

¿LO REPRESENTA OTRA PERSONA? Si no puede, un representante puede firmar esta solicitud, compartir información con nosotros y actuar en su nombre en asuntos relacionados con su solicitud y beneficios. Un representante puede ser:

- Un representante designado legalmente, como un tutor legal o una persona con un poder; o
- Una persona a la que designe como "Representante autorizado" en el formulario 139REP. Para recibir el formulario, llame al **1-800-479-6151**, o visite **myBenefits.vt.gov** para imprimir una copia.

Si tiene un representante, nómbrelo a continuación e incluya una prueba (p.ej. orden del tribunal, formulario de poder notarial, formulario 139REP, etc.) **Sin pruebas, no podemos intercambiar información con esta persona ni aceptar su firma a continuación.**

| | |
|--|---|
| Tipo de representante: <input type="checkbox"/> Representante autorizado <input type="checkbox"/> Poder notarial <input type="checkbox"/> Tutor legal | |
| Nombre, segundo nombre, apellido | Número de teléfono donde se lo puede encontrar () - |
| Dirección de correo: calle, ciudad, estado, CP | |

¿ALGUIEN LO HA AYUDADO? Si recibió ayuda de alguien que no es un representante con esta solicitud, complete esta sección. Puede dar permiso a la ESD para compartir información con esta persona, pero no podrá firmar ni actuar en su nombre en asuntos futuros.

| | |
|---|---|
| Nombre, segundo nombre, apellido/Nombre de la agencia | Número de teléfono donde se lo puede encontrar () - |
| Dirección de correo: calle, ciudad, estado, CP | |

- Le concedo a la ESD permiso para compartir información acerca de mi solicitud y elegibilidad con esta persona. Sé que:
- No tengo que conceder este permiso; no afectará a mi elegibilidad.
 - La ESD no es responsable por lo que le ocurre a la información después de compartirla con esta persona.
 - Si no cancelo este permiso, permanecerá en efecto mientras reciba el beneficio de la ESD.
 - Puedo cambiar o cancelarlo en cualquier momento llamando al **1-800-479-6151** o escribiendo a: DCF - Economic Services Division, Application and Document Processing Center, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-1500.

¿ALGUNA OTRA PERSONA DEBE RECIBIR COPIAS DE SUS AVISOS? Si desea que enviemos copias de avisos sobre su solicitud y beneficios a otra persona, complete y envíe el Formulario 139AR. Esto los asignará como "Informador alternativo".

¿ALGUNA OTRA PERSONA DEBERÍA PODER ACCEDER A SUS BENEFICIOS? Si desea que otra persona acceda a los beneficios en su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) para ayudarlo a usarla, complete y envíe el Formulario 139AP. Esto lo asignará como "Beneficiario alternativo".

*Para solicitar los formularios, llame al **1-800-479-6151**, o visite **myBenefits.vt.gov** para imprimirlos.*

Puede nombrar a la misma persona como Representante autorizado, Informador alternativo y Beneficiario alternativo.

DEBE FIRMAR SU SOLICITUD.

LAS SOLICITUDES SIN FIRMAR NO SE PROCESARÁN. SE DEVOLVERÁN PARA SU FIRMA.

*Doy mi palabra, bajo pena de perjurio, de que la información en esta solicitud es correcta y completa a mi leal saber y entender, incluida la información sobre ciudadanía y condición de extranjero. He leído y comprendo mis **Derechos y Responsabilidades** de las páginas 17-18 y los acepto.*

Firma del solicitante o representante (consulte las definiciones en la parte superior de la página)

Fecha

Requisitos de trabajo

Comprendo que todos los miembros del hogar que no estén exentos de los requisitos de trabajo se registran automáticamente para el trabajo y se les puede solicitar que se inscriban en el Programa de Capacitación y Empleo de 3SquaresVT (3SquaresVT E&T).

Comidas gratuitas en la escuela

Si su hogar recibe un beneficio mensual de 3SquaresVT y sus hijos asisten a escuelas que participan en el *National School Lunch or Breakfast Program*, son automáticamente elegibles para recibir comidas escolares gratuitas. Enviaremos sus nombres a la Agencia de Educación para certificar su elegibilidad a menos que nos pida que no lo hagamos. Cuando reciba su aviso de beca, también puede llevarla a las escuelas para que sus hijos queden inscritos lo antes posible. El aviso de beca también se puede usar para conceder a sus hijos comidas gratuitas si asisten a un programa de cuidados infantiles que participe en el programa *Child and Adult Care Food*, o una escuela de verano, club, o campamento que participe en el programa *Summer Food Service*. Encontrará más detalles en la página 18, punto 17 de los Derechos y responsabilidades.

Requisitos federales de 3SquaresVT

3SquaresVT es como Vermont denomina al programa federal *Supplemental Nutrition Assistance Program* (SNAP). El estado debe procesar las solicitudes para 3SquaresVT de acuerdo con los procedimientos de SNAP, incluidos los requisitos de puntualidad, notificación y audiencia imparcial, independientemente de si la solicitud es solo para 3SquaresVT o para 3SquaresVT y otros programas. A un solicitante no se le pueden negar los beneficios de 3SquaresVT únicamente porque se le negaron los beneficios de otros programas. Si el solicitante está en una institución y solicita 3SquaresVT y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) al mismo tiempo, la fecha de registro será la fecha de alta de la institución.

La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente la Ley de Cupones para Alimentos), modificada, 7 U.S.C. 2011-2036, autoriza la recopilación de información en la solicitud, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, para determinar si es elegible o continúa siendo elegible para recibir los beneficios de 3SquaresVT. Verificaremos esta información a través de programas informáticos de coincidencias. Esta información también se utilizará para monitorizar el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la gestión del programa.

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.**

Derechos y Responsabilidades

Debe leer sus derechos y responsabilidades. Si necesita asistencia para entenderlos, o desea una copia (en letra grande), llame al 1-800-479-6151. También puede revisarlos en línea en cualquier momento si ingresa a myBenefits.vt.gov.

- Tengo el derecho a apelar cualquier decisión con la que no esté de acuerdo.** Si los beneficios se retrasan, se niegan, se terminan o se cambian puedo solicitar una audiencia imparcial. Mi caso puede ser presentado por el jefe de familia o un representante, como un abogado, pariente, amigo u otro portavoz. Para iniciar el proceso puedo llamar al Centro de Servicios de Beneficios al **1-800-479-6151**; escribir al Comisionado Adjunto de ESD, Departamento de Niños y Familias, HC 1 South, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-1020; o escribir a la Junta de Servicios Humanos, 14-16 Baldwin St., Second Floor, Montpelier, VT 05633-4302.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta solicitud.** Para obtener una puedo llamar al Centro de Servicios de Beneficios al **1-800-479-6151**.
- Tengo derecho a una decisión oportuna.** A menos que se produzca un retraso por mi culpa, la de un médico, debido a una emergencia inesperada o un problema administrativo ajeno al control de la ESD, puedo esperar una decisión dentro de los 30 días siguientes a la presentación de mi solicitud.
- La Ley para Americanos con Discapacidades (ADA) concede a las personas con discapacidades ciertos derechos.** Si tengo un trastorno físico o mental que limita considerablemente una actividad principal de la vida cotidiana (p. ej., moverme, ver o pensar), puedo tener derecho a ajustes razonables que me ayuden a participar en los programas de la ESD.
- La información sobre mi solicitud y beneficios es confidencial y está protegida por las leyes estatales y federales.** La ESD no compartirá ninguna información sobre mí a menos que esté directamente vinculada a la administración del programa, permitida por la ley o una orden judicial, o que yo lo autorice.
- Solo los ciudadanos estadounidenses y ciertos ciudadanos no estadounidenses pueden obtener beneficios.** Si en mi hogar hay personas que no son elegibles por su condición de inmigrantes, aún puedo aplicar para los miembros que sí son elegibles. 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 tengo obligación de proporcionar información de inmigración de las personas que no solicitan beneficios, pero sí tengo que incluir otra información, como sus ingresos y recursos.
- Obtener beneficios de la ESD puede afectar al patrocinador de un inmigrante o al estatus migratorio.** Si este es el caso de mi hogar, puedo optar por comunicarme con Vermont Legal Aid al **1-800-889-2047** si tengo preguntas legales antes de presentar la solicitud.
- Soy responsable de informar los cambios.** Para todos los programas, excepto para 3SquaresVT, acepto informar los cambios dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que ocurren. Para 3SquaresVT, debo informar los cambios que colocan el ingreso de nuestro hogar en un 130 % o más del nivel federal de pobreza, cuando un miembro del hogar con beneficios de tiempo limitado* trabaja menos de 80 horas por mes dentro de los 10 días posteriores al mes en que se produjo el cambio. Para ver las normas sobre ingresos, puedo visitar www.fns.usda.gov/snap/eligibility. Para informar cambios puedo llamar al 1-800-479-6151, o para imprimir el formulario (Formulario 200), puedo visitar myBenefits.vt.gov. **Las personas con beneficios por tiempo limitado son quienes tienen entre 18 y 49 años, son aptas para trabajar, no están exentas y no reciben beneficios de 3SquaresVT en un hogar con un hijo menor.*
- Acepto proporcionar un número de la Seguridad Social (SSN) por cada persona que presente la solicitud.** La ley federal requiere esto 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 a la ESD y más.
- Acepto informar a la ESD de inmediato sobre los beneficios de otro estado.** Si yo o alguien en mi hogar recibe asistencia alimentaria duplicada o asistencia financiera de otro estado, o si hemos sido condenados en los últimos 10 años por mentir sobre el lugar de residencia para obtener beneficios de más de un estado, se lo diré a la ESD.
- Acepto ceder todos mis derechos de manutención infantil a la ESD.** Antes de que la ESD pueda determinar mi elegibilidad para Reach Up, debo completar y firmar el Formulario 137 (autorización de manutención infantil) por cada padre que no tenga custodia (NCP) infantil en mi hogar. Mientras espero una decisión, debo informar sobre cualquier manutención que el NCP me pague de manera directa. Si se me concede la asistencia, debo transferir esa manutención a la Oficina de Manutención Infantil. Si considero que solicitar la manutención puede hacer que el NCP me perjudique física o emocionalmente a mí o a los niños implicados, puedo pedir un formulario 137W (renuncia a la cooperación). Para solicitar los formularios, puedo llamar al Centro de Servicios de Beneficios al **1-800-479-6151**, o ingresar a myBenefits.vt.gov para imprimir los formularios.
- Acepto cooperar con la ESD si mi solicitud se selecciona para una revisión de control de calidad.** Esto incluye proporcionar pruebas de cualquier información requerida y autorizar a la ESD a conseguir esas pruebas si no puedo proporcionarlas.

Derechos y Responsabilidades

13. **Si recibo asistencia para combustible, acepto los servicios gratuitos de climatización.** También autorizo a la ESD a obtener y compartir cualquier dato sobre mi consumo anual de energía, costo, datos de uso, cargos por servicios públicos, historial de pagos y otra información de cuenta de mi compañía o compañías de calefacción y energía primaria y/o secundaria. Autorizo a que la(s) compañía(s) proporcionen esta información a la ESD.
14. **Autorizo al Comisionado de Impuestos de Vermont a divulgar la información de mis declaraciones de impuestos estatales al Comisionado del Departamento de Niños y Familias, o a su designado. (33 V.S.A. §112 (c))**
15. **Comprendo que todos los miembros del hogar que no estén exentos de los requisitos de trabajo se registran automáticamente para trabajar y se les puede solicitar que se inscriban en el Programa de Capacitación y Empleo de 3SquaresVT (3SquaresVT E&T).**
16. **Acepto que los adultos de mi hogar trabajen con nuestro administrador de casos para superar obstáculos, explorar oportunidades, mejorar nuestras finanzas y alcanzar nuestras metas. Si no participamos con los requisitos de Servicios de Reach Up y no tenemos una buena causa, nuestra asistencia financiera será reducida. También nos comprometemos a no gastar ni retirar dinero de Reach Up en licorerías, bares, clubes de striptease, casinos u otros establecimientos de juego.**
17. **Comprendo que si mi hogar recibe un beneficio mensual de 3SquaresVT, los nombres de mis hijos se enviarán a la Agencia de Educación para certificar su elegibilidad para recibir comidas gratuitas en el centro escolar.** Si no quiero que se envíe el nombre de mi hijo a la escuela, debo llamar inmediatamente al Centro de Servicios de Beneficios al **1-800-479-6151**. Puedo cambiar de opinión más adelante y completar una solicitud de almuerzo escolar en la escuela.
18. **Entiendo que la información que proporciono en esta solicitud está sujeta a verificación por parte de los funcionarios federales, estatales y locales, y que soy responsable de su exactitud.** Esto incluye la información acerca de mi cónyuge o pareja de unión civil, hijos y otros miembros de mi hogar. Autorizo a la ESD a que se ponga en contacto con el/los empleador(es) para verificar la información sobre empleo e ingresos con el fin de determinar la elegibilidad de mi hogar para recibir beneficios. Si no deseo que la ESD se ponga en contacto con el/los empleador(es), debo llamar inmediatamente al Centro de Servicios de Beneficios al **1-800-479-6151**. Se solicitará y utilizará la información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS), que puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando la ESD encuentre discrepancias. Si la información que proporciono no es exacta, mis beneficios pueden ser reducidos, se me puede pedir que reembolse los beneficios, se me pueden negar los beneficios y/o puedo estar sujeto a una audiencia de descalificación administrativa y/o a un proceso penal.
19. **NO DEBO mentir u ocultar información para obtener beneficios que mi hogar no debe recibir.** Entiendo que constituye un *fraude* si algún adulto de mi hogar o yo, deliberadamente, con intención general o específica, proporciono(amos) información falsa o engañosa, con el fin de obtener, intentar obtener o ayudar a otra persona a obtener Reach Up, 3SquaresVT, Fuel Assistance, o Essential Person.
20. **NO DEBO hacer mal uso de las tarjetas de 3SquaresVT/EBT.** Entiendo que el mal uso de las tarjetas de 3SquaresVT/EBT de las siguientes maneras es considerado *tráfico*:
 - **NO DEBO** vender mi 3SquaresVT.
 - **NO DEBO** negociar o usar las tarjetas de 3SquaresVT para comprar artículos no alimentarios, alcohol, productos de tabaco, drogas ilegales, armas de fuego, municiones o explosivos.
 - **NO DEBO** permitir que nadie use mi tarjeta de EBT, excepto cuando se trate de comprar alimentos para mi hogar.
 - Si compro alimentos a crédito, **NO DEBO** usar 3SquaresVT para pagar ese crédito, aunque solo haya comprado alimentos.
 - **NO DEBO** usar o tener en mi poder la tarjeta EBT de otra persona, a menos que esté comprando alimentos para su hogar.
21. **Entiendo que cualquier adulto de mi hogar o yo puede(o) ser investigado por fraude, tráfico, o ambos y que podría estar sujeto a una audiencia de descalificación administrativa y/o proceso penal.** Entiendo que si cualquier adulto de mi hogar o yo es/soy declarado culpable de fraude en relación con Reach Up, 3SquaresVT, Fuel Assistance, o Essential Person 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. Entiendo que si cualquier adulto de mi hogar o yo es/soy encontrado culpable de fraude o tráfico en relación con 3SquaresVT, ya sea por un organismo administrativo o un tribunal, la prohibición de 3SquaresVT será de **un año para la primera ofensa, dos años para la segunda, y permanente para la tercera**. Si cualquier miembro de mi hogar o yo es/soy encontrado culpable de tráfico o compra de drogas ilegales en relación con 3SquaresVT, la prohibición es de **dos años para la primera ofensa y permanente para la segunda**. Si recibo beneficios alimentarios de dos estados al mismo tiempo, la prohibición es de **10 años**. Entiendo que si cualquier adulto de mi hogar o yo es/soy encontrado culpable de cualquier caso de tráfico que exceda los \$500 o de intercambiar armas de fuego, municiones o explosivos con 3SquaresVT, la prohibición es **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.
22. **Certifico que nadie en mi hogar está escapando de una persecución.** Esto incluye el confinamiento por un delito grave o un intento de cometer un delito grave, o la violación de una condición de la libertad condicional o la libertad vigilada en virtud de una ley federal o estatal. Entiendo que la ESD debe divulgar información a los organismos de aplicación de la ley para detener a los delincuentes que huyen.