

Auto-Declaración de SNAP

Apellido	Nombre	Inicial	Dirección donde vive: Renta <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/>
			Calle:
Fecha de Nacimiento (m/d/año) ___/___/_____			Ciudad/Estado/Código Postal:

Gastos de Vivienda

Usted paga renta? Cuanto paga de renta?	S / N \$ _____ /mes	
Su calefacción y utilidades Pago por separado la calefacción a parte de la renta Pago por aire acondicionado en el verano He recibido asistencia con la calefacción (Fuel Assistance)	S / N S / N S / N	
Usted es propietario de una vivienda? Gastos hipotecarios (principal e intereses) Impuestos de bienes inmobiliarios Seguro de Hogar/Incendio Reparaciones/Costos de Mantenimiento (promedio basado en el anterior año o últimos tres meses)	S / N \$ _____ /mes \$ _____ /mes \$ _____ /mes \$ _____ /mes	Estos recibos pueden ser pagados mensualmente, semi-anualmente, o anualmente. Por favor calcule los gastos mensuales para cada categoría.
Total de Gastos de Vivienda Mensual	\$ 	
Usted es dueño de un condominio? Monto de su hipoteca, cuotas, etc.	S / N \$ _____ /mes	
Usted es propietario de una vivienda multi familiar en la cual también vive? Numero de Unidades Ingresos actuales de inquilinos después de gastos propietarios	S / N _____ \$ _____ /mes	

Preguntas Adicionales sobre Ingresos:

Si sus gastos sobrepasan sus ingresos, como usted cubre sus gastos?	<input type="checkbox"/> Mis parientes me ayudan <input type="checkbox"/> Usando crédito <input type="checkbox"/> Atrasado en pagos <input type="checkbox"/> Otro _____
Usted trabaja por cuenta propia? Que tipo de trabajo? Usted espera recibir este ingreso regularmente? Ingresos	S / N _____ S / N _____/semana/ mes
Ha estado empleado en los últimos 90 días? Empleador: Numero de Teléfono del Empleador: Ultimo día de Trabajo: Fecha de su ultimo pago: Cantidad de su ultimo pago	S / N _____(Nombre de la Empresa) _____ Fecha: _____ Fecha: _____ \$ _____ (semanalmente ___ o cada dos semanas ___)

→ Por favor, consulte la página 2-Firma y fecha requerida.

Cuidado de Dependientes

	Nombre	Edad
Niño(a) 1		
Niño(a) 2		
Niño(a) 3		
Niño(a) 4		
Adulto		

Mis costos por cuidados infantiles/adultos:

(Esto incluye cuidados directos, pagos, campamentos, otros pagos por cuidados)

(Por favor marque uno)

Yo pago: \$ _____/día O \$ _____/semana

Mis costos de transportación

(Ir a dejar o traer a los niños) o adultos incapacitados):

Utilizando carro

(DTA usa tasa federal para reembolsar millage)

Yo manejo _____ millas ida y vuelta por
_____ día por semana.

Utilizando transporte público (Por favor marque uno)

Yo pago \$ _____ / semana O \$ _____ /mes

Gastos Médicos: Si usted tiene mas de 59 años o esta incapacitado, usted también puede reclamar cualquier tipo de gastos por cuenta propia relacionados con gastos médicos incluyendo pagos, materiales médicos, servicio de cuidados de salud, transportación al doctor y farmacias. Necesitamos pruebas para la mayoría de los gastos médicos. Hable con su administrador de su caso de SNAP si usted tiene alguna pregunta.

Comunicaciones

Yo entiendo que para completar la solicitud yo necesito tener una entrevista y que me mandarían una notificación para programar una entrevista telefónica si el administrador de mi caso de SNAP no puede localizarme inicialmente.

El mejor numero de teléfono para localizarme es: _____ - _____ - _____.

Yo le doy permiso a DTA de dejar un mensaje de voz detallado sobre mi solicitud de SNAP en este numero. S / N

Verificación de Empleo (escoja uno)

Si—Yo le doy permiso a DTA de contactar al empleador listado para verificar información que falta sobre sueldo y/o terminación

No—Yo contactare al empleador listado para cualquier información que falta sobre sueldo y/o terminación

Su Firma

Yo juro que la información escrita arriba es cierta o correcta.

Firma: _____ **Fecha:** _____