

Registro de Actividades de Empleo y Capacitación (SNAP E&T) del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-800-852-3345 x 9329, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., para hablar con un técnico de SNAP E&T.

Fecha	Lugar/Dirección	Actividad relacionada de E&T	Nombre del contacto	N.º de teléfono de contacto	Millas recorridas

Al firmar a continuación, certifica bajo pena de falsificación no jurada, de conformidad con RSA 641:3, que cada entrada indicada es verdadero y exacto. Usted entiende que el DHHS puede auditar los formularios de reembolso de millas para verificar la exactitud de la información ingresada. El DHHS también puede comprobar la exactitud de las millas recorridas. No se harán reembolsos por entradas falsas o ilegibles.

Nombre del participante (escriba en letra de imprenta)

Firma del participante

Fecha

Para que el DHHS pueda aceptar este formulario de forma electrónica, usted debe proporcionar una firma electrónica. Para ello, marque la casilla de la izquierda. Marcar esta casilla equivale legalmente a firmar este documento con bolígrafo y tinta. Al marcar la casilla, usted certifica, bajo pena de falsificación no jurada, de conformidad con RSA 641:3, que la información proporcionada es verdadera y completa a su leal saber y entender. Para enviarlo por correo electrónico, envíe este formulario completo como archivo adjunto a su correo electrónico.

INDICACIONES

El programa SNAP E&T puede reembolsarle los gastos de viaje relacionados con su participación en el programa. El reembolso de las millas recorridas se paga a \$0.30 por milla y hasta \$100 al mes. Se le pueden reembolsar los pases de autobús, los viajes en taxi y/o los servicios de transporte compartido utilizados para apoyar su participación en el programa SNAP E&T; sin embargo, **se requieren** copias de recibos válidos. Deberá entregarnos los registros y los recibos requeridos dentro de los 90 días posteriores al viaje. Los reembolsos se harán en función de la recepción de fondos federales asignados a este programa.

Si viaja a varios lugares en un día, registre las millas desde su casa hasta el primer lugar, luego de lugar a lugar, y por último del lugar final a casa. Si solo viaja a un lugar durante el día, registre las millas de ida y vuelta. Los formularios de reembolso de millas deben presentarse al final de cada mes o en cualquier momento después de haber alcanzado el límite mensual de \$100.

Si ha recibido reembolso de millas durante 12 o más meses mientras recibía los beneficios de SNAP, para que se le reembolse debe completar una evaluación de trabajo cada 6 meses (llame a SNAP E&T al número que se encuentra a continuación para programar una).

Hay tres maneras de entregar este registro:

Correo electrónico: snapet@dhhs.nh.gov
Attn: SNAP E&T Technician

Correo: NH Department of Health and Human Services
Attn: SNAP E&T Technician
129 Pleasant St., Brown Building
Concord, NH 03301-3852

Fax: (603) 271-4637
Attn: SNAP E&T Technician

DECLARACIÓN DE NO-DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con derechos civiles.

Se podrá entregar información del programa en otros idiomas, además de inglés. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultades auditivas o discapacidades en el habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse a:

1. **correo:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; or
2. **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

A COMPLETARSE POR EL TÉCNICO DE SNAP E&T

Aprobado o Denegado

N.º RID

Monto autorizado o motivo de la denegación

Fecha

Firma del encargado de SNAP E&T
