

¿Usted no es ciudadano y busca beneficios de alimentos SNAP?



Esto es lo que debe saber



Algunas personas que no son ciudadanas de Estados Unidos pueden recibir beneficios de alimentos SNAP en Oregon. El Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP) proporciona beneficios mensuales de alimentos para ayudarle a comprar comida saludable. Use la siguiente **lista de verificación** para saber si usted es elegible para recibir los beneficios de SNAP:

1

¿Vive en Oregon?

- ☐ **Sí** → **Vaya al paso 2**
- ☐ **No** → **Es probable que usted no sea elegible para recibir SNAP en Oregon**

2

¿Cumple con las reglas para ingresos y otros requisitos de SNAP?

Visite oregon.gov/es/snap para saber si cumple con los límites de ingresos.

- ☐ **Sí** → **Vaya al paso 3**
- ☐ **No** → **Es probable que usted no sea elegible para recibir SNAP en Oregon**

3

¿Alguna de las siguientes opciones describe su estatus?

Marque la casilla que le describa:

- ☐ Soy un inmigrante cubano o haitiano → **Usted podría ser elegible para recibir SNAP**
- ☐ Soy ciudadano de los Estados Federados de Micronesia, las Islas Marshall o Palaos (Pacto de Libre Asociación o COFA) → **Usted podría ser elegible para recibir SNAP**
- ☐ Fui admitido en los Estados Unidos como inmigrante amerasiático → **Usted podría ser elegible para recibir SNAP**
- ☐ Soy ciudadano de Irak o Afganistán y se me ha otorgado una visa de inmigrante especial → **Usted podría ser elegible para recibir SNAP**
- ☐ Soy residente permanente legal → **Vaya al paso 4**
- ☐ Ninguna de las opciones anteriores me describe → **Vaya al paso 5**

4

¿Qué tipo de tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) tiene usted?

Marque la casilla que le describa:

☐ **Tengo una tarjeta de residencia permanente y al menos UNA** de estas afirmaciones es verdadera:

- | | |
|--|--|
| ☐ He vivido en los Estados Unidos por 5 años | ☐ Soy miembro de la tribu Hmong o de las tierras altas de Laos |
| ☐ Soy menor de 18 años | ☐ Soy un refugiado |
| ☐ He trabajado en los Estados Unidos por más de 10 años | ☐ Se me concedió asilo |
| ☐ Tengo ceguera o una discapacidad | ☐ Se me suspendió una deportación |
| ☐ Tenía 65 años o más y vivía legalmente en los Estados Unidos el 22 de agosto del 1996 | ☐ Soy afgano con un permiso de temporal humanitario (parolee) de entre el 31 de julio del 2021 y el 30 de septiembre del 2023 |
| ☐ Un familiar o yo prestamos servicio militar en los Estados Unidos | ☐ Soy ucraniano con un permiso temporal humanitario (parolee) de entre el 24 de febrero del 2022 y el 30 de septiembre del 2024 |
| ☐ Soy indígena americano nacido en el extranjero | ☐ Soy víctima de trata grave |



¿Su estatus aparece en la lista anterior? Es posible que sea elegible para recibir los beneficios de alimentos SNAP.



Si su estatus no aparece en la lista anterior, vaya al Paso 5.

5

Si ninguna de las opciones en este folleto describe su estatus, usted todavía puede solicitar los beneficios de SNAP. Revisaremos su caso.



Solicite SNAP

En línea: benefits.oregon.gov

Por teléfono: 800-699-9075

En persona: En su oficina local de beneficios de ODHS (visite oregon.gov/oficinasodhs)

Encuentre más información

Escanee el código QR o visite oregon.gov/es/snap para más información.



Oregoneligibility

 OREGON DEPARTMENT OF
Human Services

 OREGON
HEALTH
AUTHORITY

 Oregon Department of
**Early Learning
and Care**

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros idiomas, letra grande, braille o el formato que prefiera. Mande un correo electrónico a one.communications@odhsodhs.oregon.gov o llame al 833-947-1694. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades. Este producto fue financiado por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).

XXX-XXXXXXX (XX/XXXX)