

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------|--|---------------------------------------|-----------|-----------|---------------------------|---|--|-------------------------------|--|-------------|----------|------|------------------------|
| CENTER / OFFICE | APPLICATION DATE | UNIT ID | WORKER ID | CASE TYPE | SERV. IND | CASE NUMBER | REGISTRY NUMBER | VERS | DISTRICT | SUFFIX | SNAP SUFFIX | CATEGORY | LANG | NUMBER REUSE INDICATOR |
| CASE NAME | | | | | | EFFECTIVE DATE | DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL | | | SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING <input type="checkbox"/> REOPEN <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION | | | | |
| ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER): | | DATE | ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR): | | DATE | FORM _____ OF _____ | | SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION | | | DATE | | | |
| DATE RECEIVED BY AGENCY | | EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____ | | | | | | | | | | | | |
| PA AUTHORIZATION PERIOD | | | MA AUTHORIZATION PERIOD | | | SNAP AUTHORIZATION PERIOD | | | SERVICES AUTHORIZATION PERIOD | | | | | |
| FROM | | TO | FROM | | TO | FROM | | TO | FROM | | TO | | | |

SOLICITUD DE CIERTOS SUBSIDIOS Y SERVICIOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Si usted es ciego o sufre de impedimentos visuales graves y necesita esta solicitud en otro formato, puede solicitarlo de su distrito de servicios sociales. Si desea obtener información adicional sobre los tipos de formatos disponibles y sobre cómo puede solicitar una solicitud en un formato alternativo, vea el instructivo (PUB-1301 Statewide) disponible en www.otda.ny.gov o en <https://www.health.ny.gov>.

Si es ciego o sufre de impedimentos visuales graves

¿Desea recibir las notificaciones por escrito en otro formato? Sí No

Si respondió «Sí», marque el tipo de formato que desea: Tipografía grande; CD de datos; CD de audio; Braille, si cree que ninguno de los otros formatos le será de igual utilidad a usted.

Si necesita otras adaptaciones, favor de comunicarse con su distrito de servicios sociales.

Nuestro compromiso es prestarle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa. Usted tiene la responsabilidad de participar en actividades, incluidas las actividades laborales, relacionadas con los programas de Asistencia Pública y Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) cuando se le exija con el fin de alcanzar la autonomía económica. Siempre que vea «Asistencia Pública» o «PA» en la solicitud, se refieren a «Asistencia para Familias» o «Asistencia Red de Seguridad». Llamamos a estos dos programas «Asistencia Pública». Estos programas de PA están diseñados para ayudarle solamente hasta que usted pueda sostenerse a sí mismo y a su familia. **Favor de consultar el instructivo (PUB-1301 Statewide) y los manuales «Lo que debe saber» 1, 2 y 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B y LDSS-4148C) con motivo de llenar esta solicitud; comuníquese con su distrito de servicios sociales si tiene otras preguntas.**

Cuando vea «MA» en la solicitud, significa «Medicaid». Puede solicitar MA utilizando esta solicitud solamente si también está solicitando Asistencia Pública o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria al mismo tiempo. Si sólo desea solicitar MA, puede hacerlo en línea en <https://nystateofhealth.ny.gov/>; o marcando el 1-855-355-5777, si desea más información o presentar su solicitud. También puede utilizar la solicitud impresa - Formulario DOH-4220, que su trabajador social puede proporcionarle, o llamar a la línea de ayuda de MA al 1-800-541-2831. Si solamente desea presentar una solicitud para el Programa de Ahorros de Medicare (MSP- por sus siglas en inglés), debe hacerlo con el Formulario DOH-4328, que su trabajador social puede proporcionarle. Si necesita servicios de cuidado personal de manera inmediata, debe solicitar MA por separado utilizando el formulario de solicitud de MA DOH-4220.

| | |
|---|---|
| <p>SECCIÓN 1 MARQUE TODOS LOS PROGRAMAS QUE USTED O UN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR ESTÁ SOLICITANDO</p> | <input type="checkbox"/> Asistencia Pública (PA) <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños en lugar de PA <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) y SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) y PA <input type="checkbox"/> Servicios (S), incluido el Cuidado de Crianza (FC) <input type="checkbox"/> Asistencia de Cuidado de Niños (CC) <input type="checkbox"/> Sólo asistencia de emergencia (EMRG) |
|---|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>SECCIÓN 2 ¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL? <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO (especifique) _____</p> | <p>DESEA RECIBIR NOTIFICACIONES EN: <input type="checkbox"/> SOLO INGLÉS <input type="checkbox"/> INGLÉS Y ESPAÑOL</p> | <p>SECCIÓN 5 ¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES APLICA A SU CASO?</p> |
|---|--|--|

| | | | | | | | | | |
|---|------|------------------------|--|---|--------|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE MOLDE | | | | | | | | | |
| PRIMER NOMBRE | | INICIAL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO | | | ESTADO CIVIL | NÚMERO DE TELÉFONO () CÓDIGO DE ÁREA | | |
| CALLE Y NÚMERO | | | | Nº APTO. | CIUDAD | CONDADO | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | |
| DIRIGIR CORRESPONDENCIA A (LLENE SI SU CORRESPONDENCIA DEBE IR DIRIGIDA A NOMBRE DE OTRA PERSONA) | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA ANTERIOR) | | | | Nº APTO. | CIUDAD | CONDADO | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | |
| ¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN SU DIRECCIÓN ACTUAL? | AÑOS | MESES | ¿ES UN ALBERGUE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | OTRO TELÉFONO DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR | NOMBRE | | | NÚMERO DE TELÉFONO () CÓDIGO DE ÁREA | |
| INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN ACTUAL | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN ANTERIOR | | | | Nº APTO. | CIUDAD | CONDADO | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | |
| SI ACTUALMENTE NO TIENE HOGAR, MARQUE AQUÍ <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| AGENCIA QUE AYUDA AL SOLICITANTE / PERSONA DE CONTACTO | | | | | | | NÚMERO DE TELÉFONO () CÓDIGO DE ÁREA | | |
| ¿NECESITA QUE LA PARTE REFERENTE A MEDICAID DE ESTA SOLICITUD Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | |

- Embarazada 1
- Víctima de violencia doméstica 2
- Necesita establecer paternidad 3
- Necesita manutención infantil 4
- Problemas de drogas / alcohol 5
- Falta o desconexión de servicios básicos / combustible 6
- No tiene hogar / desamparado(a) 7
- Incendio u otro desastre 8
- No tiene ingresos 9
- Problema médico serio 10
- Orden de desalojo pendiente 11
- No tiene comida 12
- Necesita cuidado de crianza 13
- Necesita cuidado de niños 14
- Problemas con el inglés 15
- Alojamiento razonable 16
- Otro _____ 17

SECCIÓN 4 – Si solicita SNAP: Puede registrar la solicitud el mismo día que la recibe. La solicitud de SNAP debe incluir por lo menos su nombre, domicilio (si tiene uno) y firma al pie. Debe concluir el proceso de solicitud, incluida la firma en la última página y ser entrevistado. Si reúne los requisitos recibirá los subsidios SNAP retroactivos a la fecha en que presentó la solicitud. Debe ser informado, dentro de un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en que registra (presenta) su solicitud de subsidio SNAP, si su solicitud fue aprobada o denegada. Si su hogar cuenta con escasos recursos en líquido o no cuenta con ninguno, o si sus gastos de alquiler y servicios públicos superan sus ingresos y recursos en líquido, puede ser apto para obtener subsidios SNAP dentro de un plazo de cinco días calendario contados a partir de la fecha en que presenta su solicitud. Si usted es residente de una institución y solicita Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y subsidios SNAP antes de salir de la institución, la fecha de presentación de la solicitud es la fecha en que sale de la institución.

| | |
|---|----------------|
| FIRMA DEL SOLICITANTE DE SNAP O SU REPRESENTANTE X | FECHA DE FIRMA |
|---|----------------|

SECCIÓN 6 – INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR – Liste todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando asistencia con usted. Ingrese los datos suyos en el primer renglón.

¿ESTA PERSONA COMPRA ALIMENTOS O PREPARA COMIDAS CON USTED (INCLUIDO LOS HIJOS MENORES DE EDAD)?

MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SOLICITAN ASISTENCIA (Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales)

SI NO

| RI | LN | PRIMER NOMBRE | INICIAL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO | ESTA PERSONA ESTÁ SOLICITANDO: | | | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | SEXO M F | PARENTESCO CON USTED | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SOLICITAN ASISTENCIA (Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) | SI | NO |
|----|----|---------------|------------------------|----------|--------------------------------|------|----|----|----|---|-------|-----|---------------------|-----|--|----------------|----------------------|---|----|----|
| | | | | | PA | SNAP | MA | CC | FC | S | EMR G | Mes | Día | Año | | | | | | |
| | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|----------|-----|---------------|------------------------|----------|
| LISTE LOS APELLIDOS DE SOLTERA Y OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED O LOS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR HAN SIDO CONOCIDOS | Línea No | ONC | PRIMER NOMBRE | INICIAL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |
| | Línea No | ONC | PRIMER NOMBRE | INICIAL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |

| | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------|--------|----------|
| IS ANYONE SANCTIONED? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | IF YES, WHO | REASON | END DATE |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------|--------|----------|

NON-APPLICANT INFORMATION

| LN | FIRST NAME | LAST NAME | LEGALLY RESPONSIBLE | | FOR WHOM? | CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME | CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD |
|----|------------|-----------|---------------------|----|-----------|-----------------------------|-----------------------------------|
| | | | YES | NO | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION | | | | | | | | | | INDIVIDUAL EDUCATION | | | | CONSIDER | |
|--|--------------------|-----------------|----|----------------------|-----|------|-------------------------|----|-----------|----------------------|----|-----------------|----|-----------------|--|
| LN | NON-CITIZEN STATUS | STATUS ADJUSTED | | DATE OF ENTRY/STATUS | | | APPLIED FOR CITIZENSHIP | | SPONSORED | | LN | DEGREE RECEIVED | LN | DEGREE RECEIVED | |
| | | YES | NO | MONTH | DAY | YEAR | YES | NO | YES | NO | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 01 | | 05 | | |
| | | | | | | | | | | | 02 | | 06 | | |
| | | | | | | | | | | | 03 | | 07 | | |
| | | | | | | | | | | | 04 | | 08 | | |

✓ RCA/RMA REFERRAL

Lea detenidamente esta página antes de contestar las preguntas. Si tiene preguntas, consulte el instructivo (PUB-1301 Statewide) o comuníquese con su distrito de servicios sociales.

| SECCIÓN 8 – CIUDADANO / NO CIUDADANO CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA | SECCIÓN 9 – CERTIFICACIÓN | | | | | | |
|---|--|-----------|-----------|-----------|--|---|--|
| <p>LISTE TODAS LAS PERSONAS QUE SOLICITAN O QUE ESTÁN OBLIGADAS A SOLICITAR</p> <p>Tiene que llenar las secciones 8 y 9 si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicita solamente Asistencia de Cuidado de Niños pero tiene que llenar la información sólo para los niños que recibirían los servicios de cuidado de niños. • Solicita solamente Cuidado de Crianza pero tiene que llenar la información sólo para los niños que recibirían Cuidado de Crianza. • Solicita otros Servicios bajo otras circunstancias. | <p>Algunos programas de servicios sociales requieren que usted certifique que es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano, nacional estadounidense, o inmigrante con situación migratoria satisfactoria. Otros programas no lo requieren.</p> <p>Usted DEBE firmar la siguiente certificación solamente si usted es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano, nacional de Estados Unidos, inmigrante con situación migratoria satisfactoria y solicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia Pública (cuando hay menores en el hogar o si una integrante del hogar está embarazada), o • El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, o • Medicaid (excepto si la solicitante está embarazada), o • Asistencia para Cuidado de Niños (se necesita solamente la certificación del menor), o • Cuidado de Crianza (se necesita solamente la certificación del menor), o • Otros Servicios según ciertas circunstancias; • Asistencia para Pagos de Emergencia <p>Un miembro adulto del hogar o un representante autorizado pueden firmar en nombre de todos los miembros del hogar. Ejemplo: Un padre que no tenga una situación migratoria satisfactoria puede firmar en nombre de su hijo(a) que sí tiene una situación migratoria satisfactoria.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th style="width:20%;">NEEDED</th> <th style="width:60%;">REFERRALS</th> <th style="width:20%;">COMPLETED</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)</td> <td></td> </tr> </table> | NEEDED | REFERRALS | COMPLETED | | Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) | |
| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED | | | | | |
| | Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) | | | | | | |

Una solicitud de SNAP debe incluir todas las personas que viven en el hogar beneficiario de SNAP. Una solicitud de PA debe incluir a todos los menores para los cuales se solicita asistencia, los hermanos y hermanas, y todos los padres de dichos menores que vivan juntos. Si no indica que una persona de la lista es ciudadano de Estados Unidos, nacional estadounidense o inmigrante con situación migratoria satisfactoria, ni proporciona un número de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) (Número de Registro de Extranjero) o número de no ciudadano (de haberlo), esa persona no recibirá asistencia y los demás miembros del grupo familiar recibirán subsidios reducidos. Si es indígena norteamericano, marque la casilla «ciudadano / nacional».

FIRME* Y FECHE LA CASILLA ABAJO PARA CADA SOLICITANTE

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla del programa(s) que cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria (Consulte el instructivo, PUB-1301 Statewide).

| LN | PRIMER NOMBRE | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO | Marque «CIUDADANO / NACIONAL» o «NO CIUDADANO» para cada persona | | NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si tiene uno) | CERTIFICACIÓN | FECHA | PA | S | N | A | P | M | A | C | C | F | C | S | E | M | R | G |
|----|---------------|----------------------------|----------|--|---------------------------------------|---|---------------|-------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> CIUDADANO/ NACIONAL | <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A | Firma X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A | Firma X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A | Firma X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A | Firma X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A | Firma X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A | Firma X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A | Firma X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A | Firma X | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Al marcar una de las casillas anteriores y firmar la certificación en la Sección 9, por la presente certifico, so pena de perjurio, que yo y la(s) persona(s) en cuyo nombre firmo, soy /somos ciudadano(s) de Estados Unidos, indígenas norteamericanos o nacionales de Estados Unidos, o no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria. Comprendo que al firmar esta certificación, la información relativa a miembros del grupo familiar que solicitan asistencia puede someterse ante los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos con el propósito de verificar la situación de los no ciudadanos, si es pertinente. El uso o la divulgación de los datos anteriores se limita a las personas y organizaciones que tengan una conexión directa con la verificación de la ciudadanía y con la administración o aplicación de las disposiciones de los programas de Asistencia Pública, Asistencia Nutricional Suplementaria, Medicaid, Asistencia para Cuidado de Niños, Cuidado de Crianza y Servicios.

*Si la persona que quiere firmar la certificación no puede escribir, puede hacer una "X" en la línea en presencia de un testigo. El testigo debe firmar a continuación.

He atestiguado las marcas escritas en las líneas: _____ Firma del testigo: _____ Fecha de firma: _____

SECCIÓN 10 – INFORMACIÓN SOBRE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE EJECUCIÓN DE SUSTENTO DE MENORES

Si solamente solicita Asistencia de Cuidado de Niños, no está obligado a establecer una petición de sustento de menores y por lo tanto no tiene que llenar esta sección. Si solicita Medicaid además de Asistencia Pública o Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, se le podrá solicitar que nos ayude a obtener soporte médico para usted y para los hijos que solicitan asistencia. Responda las siguientes preguntas para poder determinar si necesita llenar esta sección. Inclúyase a sí mismo(a), si es pertinente:

- ¿Está solicitando asistencia para un individuo menor de 21 años de edad que nació fuera del matrimonio y para quien la paternidad legal no ha sido establecida? Sí No
- ¿Está solicitando asistencia para un individuo menor de 21 años de edad que tiene un padre / madre ausente (sin custodia)? Sí No

No necesita llenar esta sección si respondió «No» a las dos preguntas. Vaya a la Sección 11.

Debe llenar esta sección si respondió «Sí» a una de las dos preguntas, o ambas. Proporcione los nombres de todos los individuos menores de 21 años de edad para los cuales solicita asistencia, como también todos los datos que posea actualmente sobre los padres sin custodia o putativos (presuntos) de esos individuos.

- ¿Tiene usted menos de 21 años de edad? Sí No

Si respondió «Sí» a esta pregunta, proporcione información pertinente a sus padres sin custodia o a su padre putativo.

Como condición necesaria para recibir asistencia, usted está obligado(a) a ceder ciertos derechos relacionados con la manutención, tal como se describe en la sección de Notificaciones, Cesiones, Autorizaciones y Consentimientos al final de esta solicitud. Se le entregará el formulario LDSS-4882, «Información sobre los servicios de sustento de menores y solicitud / derivación para servicios de sustento de menores» para que lo conteste y lo entregue a la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores. Excepto en situaciones de violencia doméstica o por otras causas justificadas, es condición para poder recibir asistencia, el cooperar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores con el fin de localizar el / los padre(s) sin custodia o putativo(s) para establecer la paternidad de cada individuo menor de 21 años nacido fuera del matrimonio; y establecer, modificar o ejecutar las órdenes de sustento. También se le entregará el formulario LDSS-4279, «Notificación de Responsabilidades y Derechos relativos al Sustento de Menores», el cual explica sus responsabilidades y sus derechos si no coopera con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores.

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|--|---|-----------|
| | Acknowledgement of Paternity | |
| | Child Support Order | |
| | Good Cause Form (LDSS-4279) | |
| | IV-D Attestation (LDSS-4281) | |
| | Death Certificate | |
| | Divorce Decree | |
| | VA Benefits | |
| | Order of Filiation/Paternity | |
| | Birth Certificate | |
| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED |
| | CTHP | |
| | CAP | |
| | Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882) | |
| | Paternity | |
| CONSIDER | | |
| ✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse | ✓ Child Health Plus | |
| | ✓ TASA | |
| ✓ Petition to Family Court | ✓ SSI/SSA | |

| NOMBRE DEL INDIVIDUO MENOR DE 21 AÑOS DE EDAD | NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE SIN CUSTODIA O PUTATIVO | FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE SIN CUSTODIA O PUTATIVO | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE SIN CUSTODIA O PUTATIVO |
|---|--|---|-----|-----|---|
| | | MES | DÍA | AÑO | |
| A. | | | | | |
| B. | | | | | |
| C. | | | | | |
| D. | | | | | |
| E. | | | | | |

SECCIÓN 11 - SITUACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS / DEPENDIENTES - Seleccione la situación tributaria de cada individuo que viva en el hogar.

| | | | SITUACIÓN TRIBUTARIA | | | | | | |
|---------------|---------------------------|----------|----------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------|
| PRIMER NOMBRE | INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO | SOLTERO(A) | CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA | CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO | CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO APTO) | VIUDO(A) APTO CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S) | DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS | NO DECLARARÁ IMPUESTOS |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Dependientes tributarios que no vivan en el hogar. Incluya en la lista a todos los dependientes tributarios que no vivan con usted y que usted o cualquier miembro de su hogar incluya en su declaración de impuestos. Si no declara impuestos, puede omitir esta pregunta.

| NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO | | | NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE | | |
|-----------------------------------|---------------------------|----------|--------------------------|---------------------------|----------|
| PRIMER NOMBRE | INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO | PRIMER NOMBRE | INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

SECCIÓN 12 – INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE AUSENTE / FALLECIDO– Si el cónyuge de una de las personas que solicitan asistencia vive en otra parte o ha fallecido, indíquelo a continuación.

| | | | | |
|--|--------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA ASISTENCIA | NOMBRE DEL CONYUGE | FECHA DE NACIMIENTO DEL CONYUGE | FECHA DE FALLECIMIENTO DEL CONYUGE, SI CORRESPONDE | NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CONYUGE |
| DIRECCIÓN DEL CONYUGE, SI CORRESPONDE | | CIUDAD | CONDADO | ESTADO |
| | | | | CODIGO POSTAL |

SECTION 13 – INFORMACIÓN DE HIJOS AUSENTES – Si alguna de las personas que solicitan asistencia tiene un hijo menor de 21 años de edad que vive en otra parte, indíquelo a continuación.

| NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA ASISTENCIA | NOMBRE DEL HIJO AUSENTE | FECHA DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DEL HIJO (CALLE Y NÚMERO, CIUDAD, CONDADO, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL) | ¿SE ESTABLECIÓ LA PATERNIDAD? | | ¿PAGA USTED SUSTENTO DE MENORES? | |
|--|-------------------------|---------------------|--|-------------------------------|----|----------------------------------|----|
| | | | | Sí | No | Sí | No |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

SECTION 14 – INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

TEEN PARENT

TEEN PARENT CHILDREN

¿Hay algún padre o madre menor de 18 años de edad («padre adolescente») en el hogar? Sí No

Nombre _____

¿El hijo(a) del padre adolescente vive en el hogar? Sí No

Nombre del hijo(a) del padre adolescente _____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma /High School Equivalent? _____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma/High School Equivalent? _____

LN NO. _____

LN NO. _____

| SECCIÓN 15 – INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS: | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|-------|--------------------------|-------|--------------------------|----|--------|-------------|--------|--------|--|--|
| Indique si usted o alguien que vive con usted recibe dinero de: | SÍ | NO | QUIÉN | MONTO/VALOR Y FRECUENCIA | QUIÉN | MONTO/VALOR Y FRECUENCIA | CD | INCOME | | | | | |
| | | | | | | | | LN No. | SOURCE CODE | AMOUNT | PERIOD | | |
| Seguro por Desempleo | 1 | | | | | | 49 | | | | | | |
| Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)(total estatal y federal) | 2 | | | | | | 45 | | | | | | |
| Seguro Social por Discapacidad (SSD) | 3 | | | | | | 42 | | | | | | |
| Subsidio de Dependiente del Seguro Social (SSD) | 4 | | | | | | | | | | | | |
| Seguro Social de Sobreviviente | 5 | | | | | | 43 | | | | | | |
| Pensión de Jubilación del Seguro Social | 6 | | | | | | 44 | | | | | | |
| Retiro Ferroviario | 7 | | | | | | 38 | | | | | | |
| Pensión de Jubilación (pensiones) | 8 | | | | | | 39 | | | | | | |
| Dividendos / Intereses sobre acciones, bonos, ahorros, etc. | 9 | | | | | | 03 | | | | | | |
| Compensación laboral | 10 | | | | | | 59 | | | | | | |
| Subsidios por Discapacidad (Estado de Nueva York) | 11 | | | | | | 33 | | | | | | |
| Pensiones de Veteranos / Ayuda y Atención | 12 | | | | | | 55 | | | | | | |
| Subsidio de Asistencia Pública | 13 | | | | | | 37 | | | | | | |
| Asignación de Dependiente GI | 14 | | | | | | 10 | | | | | | |
| Becas o préstamos educativos | 15 | | | | | | | | | | | | |
| Contribuciones / Regalos (recibidos) | 16 | | | | | | | | | | | | |
| Pagos por Cuidado de Crianza (recibidos) | 17 | | | | | | | | | | | | |
| Pagos de Sustento de Menores (recibidos) | 18 | | | | | | 06 | | | | | | |
| Recibidos de: _____ | | | | | | | | | | | | | |
| Pensión Alimenticia (recibida) | 19 | | | | | | 02 | | | | | | |
| Seguro privado por discapacidad – Ingreso de Póliza de Seguro de Salud / por Accidentes | 20 | | | | | | | | | | | | |
| Seguro de Atribución sin Culpa (No-Fault Insurance) | 21 | | | | | | 50 | | | | | | |
| Prestaciones sindicales (incluida las prestaciones por huelgas) | 22 | | | | | | | | | | | | |
| Préstamos no educativos (recibidos) | 23 | | | | | | | | | | | | |
| Ingresos de un fideicomiso (incluido los ingresos que actualmente tiene derecho a recibir, o que tuvo derecho a recibir en el pasado, y que aún no han sido pagados) | 24 | | | | | | | | | | | | |
| Asignaciones / Estipendios para capacitación | 25 | | | | | | 31 | | | | | | |
| Ingresos por alquileres (recibidos) | 26 | | | | | | 14 | | | | | | |
| Ingresos de subarrendatarios / huéspedes (recibidos) | 27 | | | | | | | | | | | | |
| Otros Ingresos (Especifique) | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

CONSIDER

- Child Support Disregard/Pass-Through
 - Explained Budgeted
- SNAP Aged/Disabled Indicator
- SNAP Aged/Disabled Indicator Disability Review
- Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- Refugee Matching Grant

| Deducciones: Ciertos métodos presupuestarios de Medicaid permiten que los solicitantes / beneficiarios reduzcan sus ingresos contables con deducciones aplicables a impuestos federales. Estos son gastos específicos que el Servicio de Impuestos Internos (IRS) permite se deduzcan con motivo de reducir el ingreso gravable. Solamente ingrese deducciones en esta sección si usted piensa declarar dichos gastos en la declaración de impuestos del año en curso. | SÍ | NO | QUIÉN | MONTO/VALOR Y FRECUENCIA | QUIÉN | MONTO/VALOR Y FRECUENCIA |
|--|----|----|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Gastos de educador | 1 | | | | | |
| Deducción por cuenta individual de jubilación (IRA) | 2 | | | | | |
| Deducción por intereses de préstamos estudiantiles | 3 | | | | | |
| Colegiaturas y cuotas | 4 | | | | | |
| Ciertos gastos de explotación (reservistas, artistas, funcionarios gubernamentales por honorarios) | 5 | | | | | |
| Deducción por cuenta de ahorros de salud | 6 | | | | | |
| Gastos por mudanza relacionada con el trabajo | 7 | | | | | |
| Parte deducible del impuesto por empleo independiente (S/E) | 8 | | | | | |
| Planes S/E, SIMPLE y otros planes aptos | 9 | | | | | |
| Deducción por seguro de salud S/E | 10 | | | | | |
| Sanción por retiro anticipado de ahorros | 11 | | | | | |
| Pensión alimenticia pagada | 12 | | | | | |
| Deducción por actividades productivas domésticas | 13 | | | | | |
| Ajustes adicionales añadidos en la línea 36 (Sólo Formulario 1040 del IRS) | 14 | | | | | |
| Deducción MSA Archer | 15 | | | | | |
| Otros ajustes (Especifique) | | | | | | |
| | | | | | | |

SECCIÓN 16 – INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO / MADRASTRA / PATROCINADOR DE INMIGRANTE CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

Responda todas las preguntas siguientes

| | SÍ | NO | ¿QUIÉN? |
|--|----|----|---------|
| ¿El padrastro / madrastra de cualquiera de los menores que viven con usted tiene recursos o recibe ingresos de cualquier tipo? | | | |
| ¿Algún miembro de su hogar es un no ciudadano con situación migratoria satisfactoria que fue patrocinado para su admisión en los Estados Unidos? | | | |

NOMBRE DEL PATROCINADOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

| NEEDED | REFERRAL | COMPLETED |
|--------|----------|-----------|
| | UIB | |
| | | |

SECCIÓN 17 – INFORMACIÓN LABORAL

Actualmente estoy: Empleado Autoempleado Desempleado

Ingresos brutos \$ _____ Horas trabajadas al mes _____

(Incluir sueldos, salarios, pago por horas extras, comisiones y propinas)

Pago: Semanal Catorcenal Mensual Día de la semana que recibe el pago: _____

Nombre y dirección del empleador: _____ **1**

_____ Número de teléfono. _____

Alguien más que viva con usted actualmente está: Empleado Autoempleado

Quién: _____

Ingresos brutos \$ _____ Horas trabajadas al mes _____

Pago: Semanal Catorcenal Mensual Día de la semana que recibe el pago: _____ **2**

Nombre y dirección del empleador: _____

_____ Número de teléfono. _____

¿Tiene disponible un seguro de salud por medio de su empleador? Sí No

¿Alguien que viva con usted tiene seguro de salud por medio de un empleador? Sí No

Quién: _____ **3**

Nombre de la compañía de seguros: _____

¿Usted o alguien que vive con usted tiene gastos por cuidado de un menor o dependiente debido a su empleo? Sí No

Quién: _____ **4**

¿Usted o alguien que vive con usted tiene otros gastos relacionados con su empleo? Sí No

Quién: _____ **5**

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|--|---------|
| | CINTRAK/RFI/IRCS | |
| | 1099 | |
| | Employment Verification | |
| | Income Tax Return | |
| | Self-Employment Worksheet | |
| | Wage Stubs | |
| | Work Registration Form | |
| | Dependent/Child Care Form/Statement | |
| | Approval of Informal Child Care Provider | |

| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED |
|--------|-------------------------|-----------|
| | CAP | |
| | Disability | |
| | Employment | |
| | TPHI/COBRA | |
| | UIB | |
| | Workers' Compensation | |
| | Drug/Alcohol | |
| | Domestic Violence | |
| | Refugee Cash Assistance | |

| CONSIDER |
|--|
| ✓ Limited English Proficiency |
| ✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786) |
| ✓ Explaining Periodic Reporting Requirements |
| ✓ Net Loss of Cash Income |
| ✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources |
| ✓ Employment Sanctions |
| ✓ Temporary Employment |
| ✓ Disability Review |
| ✓ Individual Development Account (IDA) |
| ✓ Voluntary Quit |

SECCIÓN 18 – PREPARACIÓN ACADÉMICA / CAPACITACIÓN

¿Cuál es su máximo nivel académico?
 __ Menor al diploma de preparatoria
 En ese caso, ¿último grado que terminó? _____
 __ Terminó un Plan Individualizado de Educación (IEP)
 __ Diploma de preparatoria o diploma de Equivalencia General (GED) o Prueba para Evaluar la Educación Secundaria (TASC™) **1**
 __ Título Asociado (2 años de universidad)
 __ Título de Licenciatura (4 años de universidad) o superior

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|--|---------|
| | School Attendance Verification (LDSS-3708) | |
| | Educational Grant Worksheet | |
| | Child Care Statement | |

| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED |
|--------|---------------------|-----------|
| | Supportive Services | |
| | | |

¿Alguien más en su hogar tiene un diploma de preparatoria, un diploma de Equivalencia General (GED) o una Prueba para Evaluar la Educación Secundaria (TASC™) o un nivel más alto de preparación académica? Sí No **2**
 Si respondió que sí, ¿Quién?: _____
 Título obtenido: _____
 Fecha que terminó: _____

| CONSIDER | YES | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is anyone in training? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are any other supportive services appropriate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are there any training related expenses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indique si usted o alguien que vive con usted está solicitando o recibiendo asistencia:

¿Está o ha estado en algún programa de capacitación? Sí No **3**
 Quién _____
 Dónde _____
 Programa _____
 Fechas en que asistió _____
 Fechas que terminó _____

¿Tiene 16 años de edad o más y asiste a la escuela o la universidad? Sí No **4**
 Quién _____
 Dónde _____

¿Tiene menos de 16 años de edad y asiste a la escuela? Sí No **5**
 Quién _____ Quién _____
 Escuela _____ Escuela _____
 Quién _____ Quién _____
 Escuela _____ Escuela _____

| SECCIÓN 19 – INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS | | | | | | |
|--|----|----|-------|-------------|-------|-------------|
| Indique si usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia: | SÍ | NO | QUIÉN | MONTO/VALOR | QUIÉN | MONTO/VALOR |
| Dispone de dinero en efectivo 1 | | | | | | |
| Tiene cuenta(s) corriente(s) 2 | | | | | | |
| Tiene cuenta(s) de ahorro o certificado(s) de depósito 3 | | | | | | |
| Tiene cuenta(s) con alguna cooperativa de crédito (unión) 4 | | | | | | |
| Tiene seguro de vida 5 | | | | | | |
| Tiene el título de propiedad o el registro de vehículo(s) automotor(es) o de otro(s) vehículo(s): Año _____ Marca / Modelo _____ Año _____ Marca / Modelo _____ Otro _____ 6 | | | | | | |
| Tiene acciones, bonos, certificados o fondos mutuos 7 | | | | | | |
| Tiene bonos de ahorro 8 | | | | | | |
| Tiene una cuenta de IRA, Keogh, 401(k) o cuenta(s) de remuneración diferida 9 | | | | | | |
| Tiene un fondo fiduciario irrevocable para entierro 10 | | | | | | |
| Tiene un fondo para entierro 11 | | | | | | |
| Tiene un sitio para entierro 12 | | | | | | |
| Tiene casa propia 13 | | | | | | |
| Tiene bienes raíces que producen o no producen ingresos 14 | | | | | | |
| Tiene derecho a un reembolso de su impuesto sobre la renta 15 | | | | | | |
| Tiene una anualidad 16 | | | | | | |
| Es el beneficiario de un fondo fiduciario 17 | | | | | | |
| Espera recibir algún fondo fiduciario, indemnización por alguna demanda, herencia o ingresos de cualquier otra procedencia 18 | | | | | | |
| Tiene cuenta(s) en administración fiduciaria (<i>"in trust"</i>) 19 | | | | | | |
| Tiene una caja(s) de seguridad 20 | | | | | | |
| Tiene otros recurso además de los ya mencionados 21 | | | | | | |
| ¿Alguien (incluido su cónyuge, incluso si no está solicitando asistencia o no vive con usted) ha donado dinero en efectivo o ha vendido o transferido un inmueble, ingreso o propiedad personal en los últimos 36 meses? 22 | | | | | | |
| ¿Alguien (incluido su cónyuge, incluso si no está solicitando asistencia o no vive con usted) ha creado un fideicomiso en el pasado o transferido activos a una cuenta en fideicomiso durante los últimos 60 meses? Si respondió que sí, ¿Cuándo? _____ 23 | | | | | | |

| NEEDED | REFERRAL | COMPLETED |
|--------|----------|-----------|
| | Legal | |
| | Resource | |
| | | |

| LIFE INSURANCE | |
|----------------|------------|
| FACE AMOUNT | CASH VALUE |
| | |
| | |
| | |
| | |

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|---|---------|
| | Resource Checklist | |
| | Market Value | |
| | DMV Clearance | |
| | Bank Statement | |
| | Assignment of Proceeds | |
| | Car/Vehicle Title | |
| | Car/Vehicle Registration (Older Models) | |
| | Bank Clearance | |
| | RFI/OCA | |
| | 1099 | |

- | CONSIDER |
|--|
| ✓ Children's Resources |
| ✓ Lump Sum |
| ✓ Boats, Campers, Snowmobiles |
| ✓ Individual Development Account (IDA) |
| ✓ Exempt Vehicles |

| VEHICLE INFORMATION | | | | | | | | | |
|---------------------|------|-------|--------------|-------------|------------|--------|----|-------------|-------------|
| YR. | MAKE | MODEL | OWNER'S NAME | AMOUNT OWED | NADA VALUE | EXEMPT | | LIEN HOLDER | ACCOUNT NO. |
| | | | | | | YES* | NO | | |
| | | | | \$ | \$ | | | | |
| | | | | \$ | \$ | | | | |

*IF EXEMPT, WHY?

| SECCIÓN 20 – INFORMACIÓN MÉDICA | | | | REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|---|----|----|--------------------------|---|--|------------------|
| Indique si usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia: | SÍ | NO | SI RESPONDIÓ SÍ, ¿QUIÉN? | | Pregnancy Statement | |
| Tiene facturas médicas o gastos relacionados con atención médica 1 | | | | | Med/Psych Statement | |
| Tiene Medicaid con sobrante (<i>spend-down</i>) 2 | | | | | Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571) | |
| Tiene seguro de salud o seguro hospitalario / contra accidentes (incluso seguros por parte del empleador) 3 | | | | Policy NO: | Drug/Alcohol Statement | |
| Tiene seguro de salud disponible por medio de un empleador 4 | | | | AMOUNT: | Paid or Unpaid Medical Bills | |
| Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul) 5 | | | | FREQUENCY OF PAYMENT: | SSI Application Verification (PA ONLY) | |
| Tiene un asistente de salud 6 | | | | INSURANCE COMPANY NAME: | CONSIDER | |
| Es ciego(a) o está enfermo(a) o incapacitado(a) 7 | | | | WHO IS COVERED: | <ul style="list-style-type: none"> ✓ AD/SSI Related ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator ✓ SNAP Medical Deduction ✓ TPHI Reimbursement ✓ Buy-In Eligibility ✓ Kreiger (LDSS-3664) ✓ Domestic Violence ✓ SSI Referral ✓ Earned Income Credit | |
| Es un menor con una discapacidad del desarrollo 8 | | | | EFFECTIVE DATE: | NEEDED | COMPLETED |
| Está en un hospital, en un centro de servicios de enfermería o en otra institución médica 9 | | | | Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform? | REFERRALS | |
| Tiene cuentas médicas, pagas e impagas, de los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud 10 | | | | | SSI (D-CAP) | |
| Tiene o tuvo una dependencia de drogas o alcohol 11 | | | | | Disability Interview (LDSS-1151) | |
| Necesita servicios de cuidado en el hogar o cuidado personal 12 | | | | | Medical Report (LDSS-486, 486t) | |
| Recibe SSI o alguna vez ha solicitado SSI 13 | | | | | Disability Report | |
| Está embarazada Si está embarazada, fecha esperada de parto: _____ 14 Número esperado de nacimientos: _____ | | | | | AD | |
| Recibe tratamiento de un programa por abuso de drogas o alcohol 15 | | | | | TPHI | |
| No ha podido trabajar por lo menos en 12 meses debido a una discapacidad o enfermedad 16 | | | | | ACCES-VR | |
| Tiene actividad diaria limitada debido a una discapacidad o enfermedad que ha durado o durará un mínimo de 12 meses 17 | | | | | CTHP | |
| Ha sufrido un accidente automovilístico o laboral en los últimos dos años 18 | | | | | Family Planning | |
| Alguna agencia gubernamental, (programa público) distinto a Medicaid o Medicare, paga alguna de sus cuentas médicas Si respondió sí, ¿Cuál agencia? _____ 19 | | | | | SSA (RSDI) | |
| ¿Acaso el facturar otro seguro de salud pone en peligro su salud o integridad física, emocional, o interferirá con la privacidad y confidencialidad de su solicitud o su recepción de Medicaid? 20 | | | | | Veteran's Benefits | |
| | | | | | Veteran's Counseling | |
| | | | | | Child Health Plus | |
| | | | | | COBRA Eligibility | |
| | | | | | Nurse's Aide Service | |
| | | | | | Home Care | |
| | | | | | NYSOH | |
| | | | | | MA-Only (DOH-4220) | |
| | | | | | SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A) | |
| | | | | | LDSS-4526 or local equivalent | |

| RETROACTIVE MEDICAID | WHO | DATE | RECURRING MEDICAL EXPENSES | WHO | AMOUNT \$ | | |
|----------------------|-----|------|----------------------------|-----|-----------|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

MEDICAL BILLS: YES NO **TPHI:** YES NO

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

La mayoría de las personas inscritas en Medicaid están obligadas a afiliarse a un plan de cuidado administrado, a menos que estén en una categoría exenta. Utilice esta sección para elegir un plan de salud. Si no sabe qué planes de salud están disponibles, pregúntele a su trabajador social o marque el 1-800-505-5678.

| Nombre del plan al que se está afiliando | Apellido | Primer nombre | Fecha de nacimiento mm/dd/aa | Sexo M/F | Número de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene) | Número de seguro social (opcional si está embarazada) | Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud (marque la casilla si es el proveedor actual) | Nombre y número de identificación del obstetra y ginecólogo (OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor actual) |
|--|----------|---------------|------------------------------|----------|--|---|--|--|
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SECTION 21 – ALOJAMIENTO

¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU ARRENDADOR?

¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DE SU ARRENDADOR?

¿CUÁL ES EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU ARRENDADOR?
() _____

| | SÍ | NO | SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO |
|--|----|----|----------------------------|
| ¿Usted o alguien que vive con usted tiene gastos de alquiler, hipoteca, u otros gastos relacionados con el alojamiento? | | | \$ |
| ¿Usted o alguien que vive con usted paga calefacción adicional a su alquiler u otros gastos relacionados con el alojamiento? | | | \$ |

| SHELTER COSTS | MONTHLY ACTUAL COST |
|---|---------------------|
| A. Room and Board | |
| B. Rent | |
| C. Trailer Lot Rent | |
| D. Mortgage Payment | |
| 1. Principal | |
| 2. Interest | |
| 3. Property Tax (including School Tax) | |
| 4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance) | |
| 5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment) | |
| 6. Assessments (Sewer, etc.) | |
| E. Total Mortgage Payment (Line 1-6) | |
| TOTAL (Lines A - E) | |

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------------|---|---------|
| | Landlord Statement | |
| | Rent Receipt | |
| | Tenant of Record | |
| | Customer of Record | |
| | Voluntary Restrict | |
| | Mandatory Restrict | |
| | Subsidized Housing | |
| | Mortgage/Title Search | |
| | Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office | |
| | Property Lien | |
| | Shelter/Utility Repayment Agreement | |
| CONSIDER | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Utility and/or Fuel Restrict | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Utility Guarantee | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> HEAP | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Foster Care-Related Additional Allowances | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Household Composition Rules | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Real Property Tax Credit | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Property Lien | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household | |

| SECTION 21 – ALOJAMIENTO (CONT.) | | | |
|---|----|----|----------------------------|
| ¿Usted o alguien que vive con usted paga los siguientes gastos adicionales al alquiler u otros gastos relacionados con el alojamiento? | SÍ | NO | SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO |
| Electricidad (para usos distintos a la calefacción; por ejemplo: luz, cocina, agua caliente, etc.) 1 | | | \$ |
| Gas natural (para usos distintos a la calefacción; por ejemplo: cocina, agua caliente, etc.) 2 | | | \$ |
| Aire acondicionado 4 | | | \$ |
| Propano (para usos distintos a la calefacción) 5 | | | \$ |
| Alcantarillado 6 | | | \$ |
| Basura 7 | | | \$ |
| Otros servicios y gastos básicos Especifique _____ 8 | | | \$ |
| ¿Vive en una vivienda pública? 9 | | | |
| ¿Vive en una vivienda de la Sección 8, de HUD o en alguna otra vivienda subsidiada? 10 | | | |
| ¿Vive en una institución para tratamiento por drogas o alcohol? 11 | | | |

| MONTHLY EXPENSES | MONTHLY ACTUAL COST | NAME OF DEALER | ACCOUNT NUMBER | IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD) | WHO IS THE TENANT OF RECORD? |
|---|---------------------|----------------|----------------|---|------------------------------|
| A. Heat* | | | | | |
| B. Electricity (for cooking, lights, hot water) | | | | | |
| C. Gas (for cooking, hot water) | | | | | |
| D. Liquid Propane Gas | | | | | |
| E. Other Utilities or Expenses | | | | | |
| F. Air Conditioning | | | | | |
| G. Utility Installation Fees | | | | | |
| H. Sewer | | | | | |
| I. Trash | | | | | |
| J. Water | | | | | |

***Check Primary Heat Type:**

- Natural Gas Oil PSC Electric Coal
 Kerosene Propane Municipal Electric Wood
 Other _____

| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|----|-----------------------------|----------------|-------------------|----|------------------|----|
| SECTION 22 – OTROS GASTOS | | | | | | | | |
| Indique si usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia: | SÍ | NO | SI RESPONDIÓ SÍ, MONTO | HOW OFTEN PAID | LEGALLY OBLIGATED | | CHILD IN SNAP HH | |
| | | | | | YES | NO | YES | NO |
| Paga sustento de menores 1 | | | \$ | | | | | |
| Paga pensión alimenticia 2 | | | \$ | | | | | |
| Paga guardería 3 | | | \$ | | | | | |
| Paga por cuidado de dependientes 4 | | | \$ | | | | | |
| Paga colegiaturas, cuotas u otros gastos educativos 5 | | | \$ | | | | | |
| Tiene gastos adicionales (por ejemplo: pagos de automóvil, pagos del seguro automotriz, pagos de tarjeta de crédito, pagos de otros préstamos, etc.) Especifique: _____ 6 | | | \$ | | | | | |
| ¿Usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia deben al menos cuatro meses de manutención para un hijo menor de 21 años de edad? 7 | <input type="checkbox"/> SÍ | | <input type="checkbox"/> NO | | | | | |

| SECCIÓN 23 – INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | INFORMACIÓN ADICIONAL (CONT.) | | | SÍ | NO | QUIÉN | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------|--------------|--|--------------------------------|--|----|----|-------|--|--|--|--|
| ¿Compra o piensa comprar comidas de un servicio de entrega a domicilio o de un servicio comunitario? 8 | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | | | | ¿Usted o alguien que vive con usted y que solicita asistencia se ha mudado a este condado desde otro condado del Estado de Nueva York en los últimos dos meses? | | | | | | | | | |
| ¿Puede cocinar o preparar comidas en casa? 9 | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | | VETERAN STATUS | VETERAN CODE | | | | | | | | | | |
| ¿Usted o algún miembro de su hogar ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ 10 | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | | | | ¿Usted o alguien que vive con usted alguna vez ha sido declarado culpable o ha sido inhabilitado para recibir Asistencia Pública o para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) debido a fraude o infracciones intencionales al programa? | | | | | | | | | |
| ¿Su cónyuge ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? 11 | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | | | | ¿Usted o alguien que vive con usted ha recibido beneficios a los que no tenía derecho y los cuales no han sido reintegrados en su totalidad a esta u otra agencia? | | | | | | | | | |
| ¿Algún miembro de su hogar es dependiente de alguien que sirve o ha servido en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ 12 | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | | | | ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por hacer una afirmación o representación fraudulenta de su lugar de residencia para recibir Asistencia Pública en dos o más Estados? | | | | | | | | | |
| ¿Usted o alguien que vive con usted recibe <u>ahora</u> asistencia o servicios? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? | TIPO DE ASISTENCIA | LOCATION RECEIVED | DATES RECEIVED | | | ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por recibir de manera fraudulenta subsidios SNAP por duplicado en otros Estados después del 22 de septiembre de 1996? | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Usted o alguien que vive con usted recibió asistencia o servicios <u>en el pasado</u> ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? (incluya todos los nombres previos) | TIPO DE ASISTENCIA | LOCATION RECEIVED | DATES RECEIVED | | | ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar subsidios SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas? | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED | CONSIDER | | | ¿Usted o algún miembro de su hogar está infringiendo libertad condicional o libertad bajo palabra según una orden judicial? | | | | | | | | | |
| | Services | | ✓ SNAP Dependent Care Deductions | | | | | | | | | | | | |
| | UIB | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDADES | | | | | | | | | |
| | | | | | | He <input type="checkbox"/> No he <input type="checkbox"/> | | | | | | vendido, traspasado o cedido alguna propiedad mía a alguien más para adquirir subsidios de Asistencia Pública o de SNAP. | | | |
| | | | | | | REQUESTED | DOCUMENTATION | | | | | IN FILE | | | |
| | | | | | | | Educational Grant Worksheet | | | | | | | | |
| | | | | | | | Child/Dependent Care Statement | | | | | | | | |
| | | | | | | | Recoupments | | | | | | | | |
| | | | | | | | Outstanding Overpayment | | | | | | | | |
| | | | | | | | Pending Disqualification | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

Actual Expenses

\$

- Actual Income

\$

= Difference

\$

Does Client Receive Contribution Towards Difference

YES NO

If Yes, From Whom?

CONSIDERAR

- ✓ Gastos reales, incluyendo: alojamiento, costo de combustible/servicios, costo de teléfono, etc.
- ✓ Alojamiento real
- ✓ Costos reales de combustible y servicios básicos
- ✓ Gastos de teléfono
- ✓ Gastos de automóvil
- ✓ Renta de muebles y electrodomésticos
- ✓ Televisión por cable
- ✓ Colegiatura
- ✓ Gastos médicos desembolsados

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need? If not, why not?

NOTES/COMMENTS

NOTIFICACIONES, CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

RECOPIACIÓN Y USO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL – Se autoriza la recopilación del número de seguro social (SSN) de cada miembro del grupo familiar con relación al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), según los términos de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (con enmiendas). Toda persona que solicite SNAP debe proporcionar un SSN para poder recibir el subsidio. Si usted o las personas que solicitan asistencia no tienen un SSN, deben solicitar uno ante la Administración del Seguro Social (visite www.SSA.gov o marque el 1-800-772-1213).

Con relación a todos los demás programas para los que este formulario de solicitud requiere un SSN, su recopilación es también obligatoria y está autorizada conforme a una o más de las siguientes disposiciones: Sección 205(c) de la Ley de Seguro Social (42 U.S. Code 405), Sección 1137 de la Ley de Seguro Social (42 U.S Code 1320b-7) y Sección 7 (a)(2) de la Ley de Privacidad de 1974. Consulte el instructivo (PUB-1301 Statewide) o hable con su distrito de servicios sociales si tiene preguntas.

La información que recopilamos se usará para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos o sigue cumpliendo con los requisitos necesarios para recibir asistencia o subsidios. La información se utilizará para: comprobar identidad; verificar los ingresos salariales y no salariales; determinar si los padres ausentes pueden obtener cobertura de seguro de salud para los solicitantes o beneficiarios; determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden obtener sustento de menores o pensión alimenticia; y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Verificaremos dichos datos con programas informáticos de cruzamiento de datos. Estos datos también serán utilizados para verificar el cumplimiento de las normas del programa y para la administración de dicho programa. Además de utilizar la información que nos proporcione de esta manera, el Estado utilizará la información para preparar estadísticas referentes a todas las personas que reciban subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP) (ver más adelante).

Esta información se podrá divulgar a otras agencias estatales y federales con el propósito de llevar a cabo un análisis oficial y a los cuerpos policíacos con el fin de capturar a prófugos de la justicia. La información que se recopile con respecto a los solicitantes y beneficiarios de Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad, incluidos los números de seguro social (SSN), se podrá utilizar para ayudar en la formación de grupos de selección de jurados. Si se presenta una reclamación de SNAP en contra de su grupo familiar, los datos recopilados en esta solicitud, incluidos los números de seguro social, podrán ser transmitidos a las agencias estatales y federales, así como a entidades privadas de cobranza, para ejecutar el cobro de la reclamación.

Los SSN de los miembros del hogar que no sean aptos también se utilizarán y divulgarán de la forma descrita anteriormente.

Además de utilizar la información que nos proporcione de la manera antes descrita, el Estado también utiliza la información para preparar estadísticas referentes a todas las personas que reciban subsidios de HEAP. La información es utilizada por el Estado para fines de control de calidad con motivo de cerciorarse de que los distritos de servicios sociales están haciendo el mejor trabajo posible. Se utiliza para verificar su proveedor de energía y para hacer ciertos pagos a dichos proveedores.

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS – a esta institución se le prohíbe discriminar sobre la base de raza, color de piel, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, y en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación sobre la base de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o como represalia por actividades anteriores relacionadas con derechos civiles relativas a todo programa o actividad administrada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidad que requieran otros métodos de comunicación (por eje., Braille, tipografía grande, lenguaje americano de señas, etc.) con el fin de recibir información sobre programas, deben comunicarse con la agencia (estatal o local) de la cual solicitan los subsidios. Los individuos que padezcan de sordera o tengan impedimentos auditivos o discapacidades del habla, pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, puede obtener información sobre los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Si desea presentar una queja contra el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por discriminación, llene el formulario de queja de discriminación por un programas de USDA (AD-3027) el cual encontrará en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA o mande una carta dirigida a USDA en la cual suministra todos los datos solicitados en el formulario. Si desea solicitar una copia del formulario de queja, marque el (866) 632-9992. Envíe su formulario lleno o su carta al USDA por:

- (1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Si desea más información sobre cómo resolver cuestiones relacionadas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), marque el número de teléfono de la línea de ayuda de SNAP / USDA (800) 221-5689, donde le atenderán en español, o marque los números de información y ayuda de los Estados (haga clic en el enlace para ver una lista de números de ayuda por Estado) los cuales encontrará en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Si desea presentar una queja por discriminación con relación a un programa que recibe asistencia financiera federal por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), mande una carta a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; o marque el (202) 619-0403 (voz) o el (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Bajos ciertas circunstancias, el Estado de Nueva York también prohíbe la discriminación sobre la base de identidad de género, condición de transgénero, disforia de género, orientación sexual, estado civil, estado militar, situación de víctima de violencia intrafamiliar, condiciones relacionadas con el embarazo, características genéticas predisponentes, previos arrestos o condenas, estado familiar y retaliación por oponerse a prácticas discriminatorias ilegales.

CONSENTIMIENTO PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN – Acepto que se realicen investigaciones con motivo de verificar o confirmar la información que he proporcionado junto con mi solicitud de subsidios de Asistencia Pública (PA), Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), subsidio del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar, Servicios o de Asistencia de Cuidado de Niños. Proporcionaré información adicional, de ser necesario. También cooperaré enteramente con el personal federal y estatal en toda revisión de control de calidad de PA o SNAP.

Si estoy solicitando SNAP, comprendo que el distrito de servicios sociales solicitará y utilizará la información disponible en el Sistema de Verificación de Ingresos y Habilitación para investigar mi solicitud, y que podrá verificar la información por medio de contactos colaterales si detecta discrepancias. También comprendo que esta información puede afectar mi habilitación para recibir SNAP o el nivel de subsidios de SNAP que reciba.

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PERTINENTE AL SEGURO POR DESEMPLEO – Autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (DOL) a divulgar toda información confidencial que tenga referente al Seguro por Desempleo (UI- por sus siglas en inglés) a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance- OTDA). Esta información puede incluir reclamaciones de prestaciones de seguro por desempleo e información salarial. Comprendo que OTDA, junto con sus empleados de las agencias locales y estatales y las oficinas de distritos de servicios sociales, utilizarán la información referente al seguro por desempleo con motivo de establecer o verificar la habilitación y el monto de Asistencia Pública, Medicaid, subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar o Asistencia para Cuidado de Niños, tal como se solicitan en esta solicitud, y con motivo de realizar investigaciones destinadas a determinar si recibí subsidios a los que no tenía derecho. OTDA también puede compartir la información con la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (OCFS, por sus siglas en inglés) y con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH, por sus siglas en inglés). OCFS utilizará la información para supervisar el programa de Asistencia para Cuidado de Niños.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A PROVEEDORES DE SERVICIOS – Otorgo mi permiso al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para que comparta la información relacionada con los subsidios de Asistencia Pública y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria que hayamos recibido yo o cualquier miembro de mi hogar por los que yo pueda otorgar legalmente la autorización para efectos de verificar mi habilitación para los servicios y pagos relacionados con la administración del programa que hayan sido proporcionados por un contratista estatal o local. Estos servicios pueden incluir, pero no se limitan a, servicios de colocación laboral o capacitación que se proporcionen para ayudarme a mí o a miembros de mi hogar a conseguir y conservar un empleo.

INFORME DE CAMBIOS – Acepto informar a la agencia **de manera expedita** sobre cualquier cambio en mi dirección, necesidades, ingresos y propiedades, mi situación como adulto habilitado para trabajar sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés), situación de embarazo o alojamiento, con base en conocimientos y evidencias.

Si estoy solicitando Asistencia para Cuidado de Niños, acepto informar a la agencia **de inmediato** sobre cualquier cambio en los ingresos de la familia, en quién vive en mi hogar, en el empleo y en los arreglos para el cuidado de menores, y de otros cambios que puedan afectar la continuidad de mi habilitación o el monto de mis subsidios.

SANCIONES – Las leyes estatales y federales estipulan multas, cárcel o ambas si usted no dice la verdad al solicitar Asistencia Pública, Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Servicios o Asistencia para Cuidado de Niños (Asistencia, Subsidios o Servicios) o cuando se le interroge en referencia a su habilitación, o si hace que alguien más no diga la verdad respecto a su habilitación y a la continuidad de su habilitación. También se imponen sanciones si usted oculta o no revela hechos referentes a su habilitación inicial, y a la continuidad de la misma, para Asistencia, Subsidios o Servicios, o si oculta o no revela hechos que afectarían el derecho de alguien para el que ha solicitado asistencia a obtener o seguir recibiendo Asistencia, Subsidios o Servicios. Si usted es un representante autorizado, la Asistencia, Subsidios o Servicios deben ser utilizados para la otra persona y no para usted. Las leyes estatales y federales estipulan que cualquier transferencia de activos por un valor inferior al del mercado que sea realizada por un individuo o por su cónyuge, en los 60 meses previos al primer día del mes en el que el individuo reciba servicios de un centro de servicios de enfermería y haya presentado una solicitud de Medicaid, puede hacer

que el individuo sea no apto para los servicios del centro de enfermería o para servicios de exención en el hogar y en la comunidad durante cierto tiempo. Es ilegal obtener Asistencia, Subsidios o Servicios ocultando información o proporcionando información falsa.

SANCIONES DE INHABILITACIÓN RELATIVAS AL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA – Toda la información que proporcione en relación con su solicitud de subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) estará sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. De encontrarse información incorrecta, podría denegársele el subsidio SNAP. Usted podría estar sujeto a un proceso penal si proporciona intencionalmente información incorrecta que afecte su habilidad o el monto de sus subsidios. Toda persona que sea condenada por un delito grave por utilizar, transferir, adquirir, alterar o poseer intencionalmente tarjetas de autorización o dispositivos de acceso de SNAP puede recibir una multa de hasta \$250,000, ser encarcelada hasta por 20 años, o ambas. La persona puede también estar sujeta a un proceso de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables. Toda persona que esté violando una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra, y toda persona que esté prófuga con el fin de evitar un proceso penal, custodia o confinamiento por un delito grave y que sea buscada activamente por cuerpos policíacos, no es apta para recibir subsidios de SNAP.

Puede ser declarado no apto para recibir SNAP, o puede determinarse que ha cometido una infracción intencional del programa (IPV, por sus siglas en inglés) si hace una afirmación falsa o engañosa, o si distorsiona, oculta o evita revelar hechos con el fin de habilitar para recibir subsidios u obtener más subsidios; si compra un producto con subsidios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo descartando el producto y devolviendo el envase para cobrar el depósito; o si comete o intenta cometer un acto que constituya una violación de las leyes estatales o federales con el fin de utilizar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o comerciar con fondos de subsidios SNAP, con tarjetas de autorización o con documentos reutilizables que se utilicen como parte del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). Además, las siguientes acciones no están permitidas, y podría ser inhabilitado de recibir subsidios SNAP o estar sujeto a sanciones por acciones tales como:

- Utilizar fondos de subsidio SNAP para comprar artículos no alimenticios, como alcohol o cigarrillos;
- Utilizar fondos de subsidio SNAP para pagar alimentos que compró previamente a crédito;
- Permitir que alguien más utilice su tarjeta de EBT a cambio de efectivo, armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas, o para comprar alimentos para individuos que no sean miembros de su hogar de SNAP; o
- Utilizar o poseer tarjetas de EBT que no le pertenezcan, sin el consentimiento del titular de la tarjeta.

Los individuos que sean sorprendidos cometiendo una IPV, ya sea por medio de una audiencia administrativa de inhabilitación ante un tribunal federal, estatal o local, o que hayan firmado una renuncia a su derecho a una audiencia administrativa de inhabilitación o un acuerdo de consentimiento de inhabilitación en los casos derivados para proceso penal, no serán aptos para participar en SNAP por un período de:

- 12 meses por la primera IPV de SNAP;
- 24 meses por la segunda IPV de SNAP;
- 24 meses por la primera IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que el individuo utilizó o recibió subsidios de SNAP en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada (fármacos ilegales o ciertos fármacos para los que se requiere la receta de un médico); o
- 120 meses si se determina que el individuo hizo una declaración fraudulenta respecto a quién es o dónde vive, con el objeto de obtener múltiples subsidios de SNAP simultáneamente, a menos que esté inhabilitado permanentemente por una tercera IPV de SNAP.

Además, un tribunal puede prohibirle a un individuo que participe en SNAP por 18 meses adicionales.

Un individuo puede ser inhabilitado permanentemente de recibir subsidios de SNAP por:

- La primera IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que el individuo utilizó o recibió subsidios de SNAP en una transacción que involucró la venta de armas de fuego, municiones o explosivos;
- La primera IPV de SNAP sobre la base de una condena ante un tribunal por el tráfico de subsidios de SNAP por un monto total de \$500 o más (el tráfico incluye el uso, la transferencia, la adquisición, la alteración o la posesión ilegal de tarjetas de autorización o dispositivos de acceso de SNAP);
- La segunda IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que el individuo utilizó o recibió subsidios de SNAP en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada (fármacos ilegales o ciertos fármacos para los que se requiere la receta de un médico); o bien,
- Una tercera IPV de SNAP.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR / COMPROBAR LOS GASTOS DEL HOGAR – Su hogar debe reportar los gastos de cuidado de niños y servicios básicos con el fin de recibir una deducción por parte del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por dichos gastos. Su hogar deberá reportar y comprobar los gastos de alquiler o hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y de sustento de menores pagados a una persona que no sea integrante del grupo familiar, con el propósito de recibir deducciones de SNAP por dichos gastos. La omisión de reportar o comprobar los gastos mencionados, se interpretará como una manifestación de que su hogar no quiere recibir una deducción por los gastos no reportados o comprobados. Una deducción por estos gastos podría hacerlo apto para recibir SNAP o podría incrementar sus subsidios de SNAP. Puede reportar o comprobar estos gastos más adelante, en cualquier momento. La deducción se aplicará entonces al cálculo de los subsidios de SNAP para los meses futuros, según las normas vigentes sobre informe de cambios (Vea Informe de Cambios, más arriba).

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA – Usted puede autorizar a alguien que conozca la situación de su hogar para que solicite los subsidios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria por usted. También puede autorizar a una persona que no pertenezca a su hogar para que solicite los subsidios de SNAP por usted, o para que los utilice para comprar alimentos para usted. Si desea autorizar a una persona, debe hacerlo por escrito. Puede autorizar a alguien escribiendo en el espacio siguiente su nombre, dirección y número de teléfono en letra de molde, y haciendo que la persona firme en el espacio correspondiente al final de

esta solicitud. Cuando un representante autorizado presenta una solicitud en nombre de un hogar de SNAP que no resida en una institución, tanto el representante autorizado como un adulto responsable que sea miembro del hogar deben firmar y poner la fecha en la sección de firmas al final de esta solicitud, a menos que el hogar de SNAP haya designado por escrito al representante autorizado para que lo haga.

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (EN LETRA DE MOLDE):

SUBSIDIO ESTÁNDAR PARA SERVICIOS BÁSICOS – Entiendo que los beneficiarios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) son aptos sobre la base de sus ingresos para recibir el subsidio del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). También entiendo que si no he recibido un subsidio de HEAP superior a \$20 en el mes actual o en los 12 meses anteriores, o un subsidio similar de asistencia de energía, debo pagar la calefacción o aire acondicionado por separado de mi alquiler para poder recibir el subsidio estándar de servicios básicos de calefacción y aire acondicionado (una deducción) relativa al subsidio SNAP. Entiendo que el Estado utilizará mi número de seguro social para verificar con los proveedores de energía de mi vivienda si he recibido HEAP. Esta autorización incluye mi permiso para que cualquiera de los proveedores de energía de mi hogar (incluida mi compañía de servicios eléctricos) divulguen a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, ciertos datos estadísticos, incluidos aunque sin carácter limitativo, mi consumo anual de electricidad, el costo de la electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos, con el fin de calcular el rendimiento del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar para Beneficiarios de Bajos Ingresos.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA – Consiento a la divulgación de toda la información médica referente a mí, y a los miembros de mi familia por los que puedo otorgar consentimiento, a mi proveedor de atención primaria, a cualquier otro proveedor de servicios de salud, o al Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH), a mi plan de salud y a cualquier proveedor de servicios de salud que participe en mi cuidado o en el de mi familia, hasta donde sea razonablemente necesario para que mi plan de salud o mis proveedores realicen operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud; de mi plan de salud y cualquier proveedor de servicios de salud al DOH y a otras agencias federales, estatales y locales autorizadas, para efectos de administración de Medicaid; y de mi plan de salud a otras personas u organizaciones, hasta donde sea razonablemente necesario para que mi plan de salud realice operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Autorizo la divulgación de toda la información de salud referente a mí, y a todos los miembros de mi familia para los que puedo otorgar autorización legal, en relación con la prestación de asistencia y servicios y a mi capacidad para participar en actividades laborales, incluyendo el empleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA), a la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, o al distrito local de servicios públicos, hasta donde sea razonablemente necesario para la prestación de beneficios de Asistencia Pública; para servicios, incluyendo servicios de bienestar infantil; para determinar la asignación apropiada de trabajos; para determinar la necesidad de solicitar y para solicitar subsidios de SSI; para establecer los planes apropiados de tratamiento destinados a restaurar la capacidad de trabajar; y para determinar la habilitación de poder recibir exenciones del límite estatal de sesenta meses para la recepción de asistencia en efectivo. Si estoy obligado a solicitar prestaciones administradas por la Administración del Seguro Social, la información arriba especificada puede ser compartida con esa entidad. También acepto que la información divulgada puede incluir información sobre VIH, salud mental y abuso de alcohol y sustancias referente a mí y a los miembros de mi familia, hasta donde lo permita la ley, a menos que marque una de las opciones siguientes. Si más de un adulto de la familia se afilia a un plan de salud de Medicaid, es necesario que cada adulto que presente solicitud firme el consentimiento para divulgar su información. Entiendo que mi capacidad de consentir a la divulgación de información relacionada con cualquier menor de edad para el que yo otorgue consentimiento tiene los mismos límites que los aplicables a la información que puedo obtener en su nombre sobre tratamientos, diagnósticos y procedimientos.

No divulgar información sobre VIH/SIDA

No divulgar información sobre drogas y alcohol

No divulgar información sobre salud mental

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A LOS SUMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD - Autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir los datos con los suministradores de servicios de salud, como lo designe el distrito de servicios sociales o el Estado de Nueva York, relacionados con los subsidios de Asistencia Pública que yo o algún miembro de mi grupo familiar beneficiario a quien legalmente le pueda dar autorización haya recibido o habilite para recibir, con el propósito de mejorar la calidad de mi cuidado de la salud y bienestar general, y para facilitar el otorgamiento de subsidios adicionales, para los cuales yo u otros miembros de mi grupo familiar podríamos habilitar.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS EDUCATIVOS – Otorgo mi permiso al Departamento de Salud del Estado de Nueva York y al distrito de servicios sociales para: 1) obtener toda información referente a los registros educativos referentes a mí y a mi(s) hijo(s) menor(es) de edad, aquí mencionados, incluyendo la información necesaria para reclamar reembolsos de Medicaid para servicios educativos relacionados con la salud; y 2) proporcionar a la agencia apropiada del gobierno federal acceso a esta información para el propósito exclusivo de realizar auditorías.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA – Si mi hijo(a) es evaluado para participar o participa en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir la información de habilitación para recibir Medicaid de mi hijo(a) con el Programa de Intervención Temprana de mi condado o gobierno local para realizar la facturación a Medicaid.

PROGRAMA DE SALUD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES – Comprendo que si mi hijo(a) tiene Medicaid, puede obtener cuidado primario y preventivo completo, incluido todos los tratamientos necesarios por medio del Programa de Salud de Niños y Adolescentes. Puedo obtener más información sobre este programa del distrito de servicios sociales.

MEDICARE- Autorizo que los pagos bajo el programa de "Medicare" (Parte B del Título XVIII, Programa Suplementario de Seguro Médico) se hagan directamente a los médicos y a los proveedores de suministros médicos con relación a toda factura futura impaga por servicios médicos y por servicios de salud que se me suministren mientras soy apto(a) para recibir Medicaid.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

MEDICAID – Usted tiene derecho, como parte de su solicitud de Medicaid, o en los dos años posteriores a la presentación de su solicitud, de requerir el reembolso de los gastos que usted incurrió por atención médica, servicios y suministros médicos cubiertos que haya recibido durante los tres meses previos al mes en que presentó su solicitud. Una vez presentada su solicitud, sólo se tramitarán reembolsos de gastos por atención médica, servicios y suministros médicos cubiertos si fueron adquiridos con proveedores afiliados a Medicaid.

CESIÓN DE SEGUROS / OTROS SUBSIDIOS Y PAGO DIRECTO – Con relación al programa de Asistencia Pública y Medicaid, acepto presentar todas las reclamaciones por prestaciones de seguros de salud y accidentes, y procesar todas las reclamaciones por lesiones personales o cualquier otro recurso al que tenga derecho, y por este medio le cedo tales derechos en su totalidad al distrito de servicios sociales al que se presenta esta solicitud. Además, ayudaré a poner todas las prestaciones cedidas a disposición del distrito de servicios sociales ante el cual se presenta esta solicitud.

Autorizo a que los pagos que se me adeuden a mí, o a un miembro de mi grupo familiar por seguros de salud o accidente, se remitan directamente al distrito de servicios sociales apropiado, como pagos correspondientes a los servicios médicos y demás servicios de salud suministrados mientras fuimos aptos para recibir Medicaid.

RECUPERACIÓN DE MEDICAID – Al afiliarse a Medicaid, podría aplicarse un gravamen y solicitarse la recuperación de su patrimonio inmobiliario bajo ciertas circunstancias, si se encuentra internado en una institución médica y no se pronostica que regrese a su hogar. Los pagos que haya hecho MA a su favor podrían ser recuperados de personas que tenían la responsabilidad legal de su manutención en el momento en que se prestaron los servicios médicos. MA también puede recuperar el costo de los servicios y las primas pagadas de manera incorrecta.

Entiendo que a partir del 1 de abril de 2014, si recibo Medicaid por medio de New York State of Health:

- No se colocará un gravamen en mi patrimonio inmobiliario antes de mi muerte.
 - La recuperación de los activos de mi patrimonio se limita al monto que Medicaid pagó por el costo del cuidado en un centro de enfermería, por servicios en el hogar y la comunidad, y por servicios relacionados con hospitales y medicamentos de prescripción recibidos a partir de cumplir los 55 años.
-

RECUPERACIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA – La Asistencia Pública (PA) que usted reciba y la que reciban las personas de las cuales usted es legalmente responsable de mantener, se pueden recuperar por medio de sus bienes inmuebles o los fondos que usted posea o que adquiera en el futuro. Se le podría exigir, como requisito para recibir PA, que formalice una transferencia de escritura o hipoteca sobre su propiedad inmueble. Se podrán retener sus reembolsos tributarios y parte de las ganancias obtenidas en sorteos de lotería para pagar su deuda de PA.

AUTORIZACIÓN PARA REINTEGRAR LOS SUBSIDIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA CON PAGOS RETROACTIVOS DE SEGURIDAD DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS (SSI)
Autorizo al comisionado de la Administración del Seguro Social (SSA) a utilizar mi primer pago de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (mi pago retroactivo de SSI) para

reembolsar al distrito local de servicios sociales (SSD) por la asistencia pública que el SSD me pague con fondos estatales o locales mientras la SSA decide si soy apto(a) para recibir SSI. La SSA no reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que se pagó utilizando fondos federales.

Esta autorización sólo me obligará si el Estado notifica a la SSA y si yo y un representante del SSD la han firmado. El Estado debe notificar dentro de un plazo de 30 días calendarios contados a partir de que haya vinculado mi expediente de SSI con mi expediente estatal. La SSA no aceptará la notificación después de 30 días calendario. En cambio, la SSA me enviará mi pago retroactivo de SSI de acuerdo con las reglas de la SSA.

Sólo se puede utilizar mi primer pago de SSI. Si mi primer pago es mayor al monto adeudado a la SSA, se me enviará el monto restante según las normas establecidas.

La SSA puede reembolsar al SSD en dos situaciones:

- (1) Reembolsará al SSD si solicito SSI y la SSA determina que soy apto(a).
- (2) Reembolsará al SSD si mis subsidios de SSI son restaurados después de haber sido cancelados o suspendidos.

La SSA sólo reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que me haya pagado mientras estaba esperando la determinación de habilitación de la SSA. Esto se llama «Asistencia Temporal». El período inicial: 1) con el primer mes en el que yo reúna los requisitos para recibir el pago de subsidios de SSI; o 2) el primer día en que se restaure mi SSI después de haber sido suspendido o cancelado. El período incluye el mes en que los pagos de SSI comienzan. Si el SSD no puede detener mi último pago de Asistencia Pública, el período termina el mes siguiente.

A más tardar 10 días después de que la SSA reembolse al SSD, este debe enviarme una notificación del monto de asistencia temporal pagada. La notificación también me informará que la SSA me enviará una carta para informarme que el dinero restante de SSI que se me adeuda será enviado a la SSA, y sobre cómo puedo apelar la decisión ante el Estado si no estoy de acuerdo con ella.

De acuerdo con las reglas de SSA, se puede usar la fecha en que yo firme esta autorización como la fecha en la que soy apto(a) para recibir SSI por primera vez. Sólo se hará si solicito SSI en los próximos 60 días.

Esta autorización aplica a toda solicitud o apelación de SSI que tenga pendiente actualmente ante la SSA. Esta autorización terminará si mi caso de SSI llega a una conclusión definitiva. Termina cuando la SSA me paga por primera vez. El Estado y yo también podemos acordar la terminación de la autorización. Debo firmar una nueva autorización que cumpla con las reglas del Estado de Nueva York, si yo vuelvo a solicitar SSI después de que termine una autorización, o si presento una nueva reclamación de SSI mientras aún tengo pendiente una solicitud o apelación de SSI.

Se me dará la oportunidad de tener una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión adoptada por el SSD con relación al reembolso.

Recibí una copia del folleto titulado «Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales». Entiendo lo que dice sobre Asistencia Temporal.

MANUTENCIÓN – La solicitud o la recepción de Asistencia para Familias (FA), Asistencia Red de Seguridad (SNA) o Cuidado de Crianza según Título IV-E, constituye una cesión al Estado y al distrito de servicios sociales de todo derecho de manutención de cualquier otra persona que el solicitante o beneficiario pueda tener por derecho propio o en nombre de otro miembro de la familia para el que el solicitante o beneficiario esté solicitando o recibiendo asistencia (Ley de Servicios Sociales, Secciones 158 y 348). Esta cesión se limita a ciertas situaciones. Otras secciones de esta solicitud contienen cesiones adicionales.

CESIÓN DE DERECHOS DE MANUTENCIÓN – Cedo al Estado y al distrito de servicios sociales todo derecho que yo tenga a recibir manutención de las personas legalmente responsables de mi manutención, y todo derecho que yo tenga de manutención en nombre de cualquier miembro de mi familia para el que estoy solicitando o recibiendo asistencia. Cuando solicite o reciba Asistencia para Familias o Asistencia Red de Seguridad, mi cesión de los derechos de manutención estará limitada a la manutención que se acumule durante el período en que yo o el miembro de mi familia hayamos recibido asistencia. Sin embargo, todos los derechos de manutención que cedí al Estado en nombre mío o de un miembro de mi familia antes del 1 de octubre de 2009, siguen asignados al Estado.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA EL HOGAR – Entiendo que al firmar esta solicitud / certificación, consiento a que se realice una investigación con el fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, como también permiso para que se realicen otras investigaciones por parte de agencias gubernamentales autorizadas en relación con los subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). También doy mi permiso para que la información proporcionada en esta solicitud sea utilizada en derivaciones a programas disponibles de asistencia para preparación de viviendas para la intemperie y a programas para personas con bajos ingresos ofrecidos por mi compañía de servicios públicos.

Entiendo que el Estado utilizará mi número de seguro social para verificar con los proveedores de energía de mi vivienda si he recibido HEAP. Esta autorización incluye mi permiso para que cualquiera de los proveedores de energía de mi hogar (incluida mi compañía eléctrica) divulguen a la NYS Office of Temporary and Disability Assistance al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, ciertos datos estadísticos, entre ellos aunque sin carácter limitativo, mi consumo anual de electricidad, el costo de la electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos, con el propósito de calcular el rendimiento del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar para Beneficiarios con Bajos Ingresos.

INFORMACIÓN SOBRE AGRESIÓN SEXUAL – Si usted es una víctima de agresión sexual, tiene derecho a solicitar información sobre derivaciones al distrito de servicios sociales. Si solicita información sobre derivaciones, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle las direcciones y números de teléfono de todos los: 1) hospitales locales que ofrezcan servicios de examen forense para agresiones sexuales certificados por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York 2) centros locales de emergencia por casos de violación; y 3) servicios locales de abogacía, terapia, asesoría y líneas directas de ayuda para víctimas de agresión sexual. Además, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle los números de las líneas directas de ayuda del Estado de Nueva York donde atienden situaciones de agresión sexual y violencia intrafamiliar: (800) 942-6906 y (800) 818-0656 (TTY).

CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS – Si estoy solicitando Asistencia para Cuidado de Niños, certifico que los recursos de mi familia no exceden de \$1,000,000.

| | | | |
|--|-----------------------|--|-----------------------|
| He leído y entiendo las notificaciones anteriores. Entiendo y consiento a las cesiones, autorizaciones y consentimientos arriba descritos. Juro o afirmo so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito de servicios sociales está completa y es exacta. | | | |
| FIRMA DEL SOLICITANTE | FECHA DE FIRMA | FIRMA DEL CÓNYUGE O REPRESENTANTE PROTECTOR | FECHA DE FIRMA |
| x | | x | |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO | FECHA DE FIRMA | | |
| x | | | |

SOLAMENTE LLENE LO SIGUIENTE SI QUIERE RETIRAR SU SOLICITUD PARA UNO O MÁS PROGRAMAS.

Consiento en retirar mi solicitud de:

- Asistencia Pública (PA) Cuidado de Niños en lugar de PA Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) Medicaid y SNAP
- Medicaid y PA Servicios, incluido el Cuidado de Crianza Asistencia para Cuidado de Niños Sólo asistencia de emergencia

Entiendo que puedo volver a presentar mi solicitud en cualquier momento.

FIRMA DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA DE FIRMA

x



Formulario de registro de votantes en una agencia del Estado de Nueva York

"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿quisiera presentar la solicitud para registrarse aquí hoy?"

- SÍ** Si marcó **SÍ**, complete la **SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE** a continuación
- NO**, porque opté por no registrarme **O**
- Ya estoy registrado en mi dirección actual **O**
- Solicité y recibí un formulario de registro por correo

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Escriba su nombre en letra de molde _____

¡Importante!

Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Si lo necesita, lo ayudaremos a completar el formulario de solicitud de registro como votante. Es su decisión pedir o aceptar ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজিতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683

নম্বরে ফোন করুন

Rev. 01/2019

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

Sí, necesito solicitar una Boleta para votantes ausentes **Escriba en letra de molde o a máquina con tinta azul o negra** Si, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| 1 | ¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es NO , no complete este formulario, a menos que cumpla 18 años antes de fin de año. | ¿Tendrá 18 años de edad el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Para uso exclusivo de la Junta Electoral |
| 3 | Apellido Primer nombre | Inicial del segundo nombre Sufijo | |
| 4 | Dirección donde vive (no proporcione un apartado postal (P.O. Box)) N.º de apto. | | Ciudad/Pueblo/Aldea Código Postal Condado |
| 5 | Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior) Apartado postal, Star Route, etc. Oficina de correos Código postal | | |
| 6 | Fecha de nacimiento | Sexo (opcional) | Teléfono (opcional) Correo electrónico (opcional) |
| 10 | Año en que votó por última vez En el condado/estado | Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) | Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número) <input type="checkbox"/> Número del DMV del Estado de Nueva York <input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social <input type="checkbox"/> No tengo un número del DMV ni de Seguro Social del Estado de Nueva York |
| 11 | Partido político Deseo afiliarme a un partido político <input type="checkbox"/> Partido Demócrata <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras <input type="checkbox"/> Partido Verde <input type="checkbox"/> No quiero afiliarme a ningún partido político y deseo ser un votante independiente <input type="checkbox"/> Ningún partido | | |
| 12 | Declaración jurada: Juro o declaro lo siguiente: • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré resido en el condado, en la ciudad o en la aldea durante, al menos, 30 días antes de las elecciones. • Cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el Estado de Nueva York. • La firma o la marca que aparece a continuación es de mi puño y letra. • La información anterior es verdadera. Entiendo que, de no serlo, me pueden condenar y multar por hasta \$5,000 o encarcelar por hasta cuatro años. Firma o marca en tinta _____ Fecha _____ / _____ / _____ | | |

(Opcional) Inscríbese para donar sus órganos y tejidos



Con su firma a continuación, usted certifica lo siguiente:

- Tiene 16 años o más.
- Otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos.
- Autoriza a la Junta Electoral a dar su nombre e información de identificación al Registro Donate Life™ del Estado de Nueva York para que lo inscriban.
- Autoriza al Registro a permitir el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del Estado de Nueva York y a las entidades autorizadas por el comisionado de Salud del Estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.

Firma _____

Fecha _____ / _____ / _____

| | | | |
|---------------------|--|---------------|--|
| Apellido | | | |
| Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Sufijo | |
| Dirección | | | |
| N.º de apto. | Ciudad/Pueblo/Aldea | Código postal | |
| Fecha de nacimiento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | |
| Color de ojos | Estatura pies | pulgadas | |
| Correo electrónico | N.º del DMV o de Id. de NYC | | |

Calificaciones para el registro

Puede usar este formulario para lo siguiente:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre o dirección si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación.

Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años al 31 de diciembre del año en el que presente este formulario (Nota: Debe tener 18 años cumplidos para la fecha de las elecciones generales, primarias o de otro tipo en las que quiera votar.);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- no estar en prisión ni en libertad condicional por haber cometido un delito grave (la menos que se le exima de la libertad condicional o se le hayan restablecido sus derechos de ciudadanía);
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar;
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse o presentar su solicitud de registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Teléfono: 1-800-469-6872;

Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema de retransmisión del Estado de Nueva York llamando al 711 o visitar nuestro sitio web www.elections.ny.gov.

Su decisión de inscribirse será confidencial y solo se utilizará para inscribirlo como votante. Aquellas personas que decidan no inscribirse para votar y la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para la inscripción como votante.

Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones mediante el número de DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor) o mediante los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número del DMV ni de Seguro Social, puede usar una identificación válida con fotografía, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancaria, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y dirección. Con este formulario, puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

Para completar este formulario:

Es delito proporcionar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: Debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección de Verificación de identidad más arriba.

Casilla 10: Si nunca ha votado, escriba "Ninguna". Si no recuerda cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación "(?)".

Si anteriormente votó con un nombre diferente, escriba ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

Casilla 11: Marque únicamente una casilla. La afiliación a un partido político es opcional, pero para poder votar en una elección primaria de un partido, el votante debe afiliarse a dicho partido, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.