

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|---|-------------------------|-----------|----------------|---|---------------------------|------------------------|--|----|--|
| CENTER/ OFFICE | INTERVIEW DATE | UNIT ID | WORKER ID | CASE TYPE | CASE NUMBER | DISTRICT | CATEGORY | LANG | NUMBER REUSE INDICATOR | | |
| CASE NAME | | | | | EFFECTIVE DATE | DISPOSITION <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER): | | | | | DATE | ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR): | DATE | FORM _____ OF _____ | SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION x _____ | | |
| 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 | | | | |
| FROM | | TO | | FROM | | TO | | FROM | | TO | |

FORMULARIO DE REVALIDACIÓN PARA CIERTOS SUBSIDIOS Y SERVICIOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Si es ciego o sufre de impedimentos graves de la vista y necesita este formulario de revalidación en otro formato, puede solicitarlo a su distrito de servicios sociales. Para obtener información adicional sobre los tipos de formatos que hay disponibles y sobre cómo puede pedir un formulario de revalidación en otros formatos, vea el folleto de instrucciones (PUB-1313 Statewide), que está disponible en www.otda.ny.gov o en <https://www.health.ny.gov>.

Si es ciego o sufre de impedimentos graves de la vista, ¿desea recibir las notificaciones por escrito en otro formato?

Sí No

Si respondió que 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 será igualmente efectivo para usted.

Si necesita otras facilidades, por favor comuníquese con su distrito de servicios sociales.

Estamos comprometidos a ayudarlo y apoyarlo de manera profesional y respetuosa. Usted es responsable de participar en actividades, incluyendo actividades de empleo para asistencia pública y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, cuando sea requerido, para que pueda volverse autosuficiente. Siempre que vea "Asistencia Pública" o "PA" en el formulario de revalidación, se refiere a "Asistencia Familiar" y/o a "Asistencia de la Red de Seguridad". Llamamos a estos dos programas "Asistencia Pública". Estos programas de PA están diseñados para ayudarlo solamente hasta que pueda sostenerse a sí mismo y a su familia. **Por favor consulte el folleto de instrucciones (PUB-1313 Statewide) y los manuales "Lo que debe saber" 1, 2 y 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B y LDSS-4148C) para llenar este formulario de revalidación, y comuníquese con su distrito de servicios sociales si tiene alguna pregunta.**

Cuando vea "MA" en el formulario de recertificación, significa "Medicaid". Puede solicitar MA utilizando este el formulario de revalidación solamente si también se está revalidando para Asistencia Pública o para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria al mismo tiempo. Si sólo desea revalidar para MA, puede hacerlo en línea en <https://nystateofhealth.ny.gov/> y/o llamar al 1-855-355-5777 para obtener más información o para recertificarse, o 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 revalidar para el Programa de Ahorros de Medicare (por sus siglas en inglés, "MSP"), 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.

| | |
|---|---|
| SECCIÓN 1 MARQUE <u>TODOS</u> LOS PROGRAMAS PARA LOS QUE USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR ESTÁN REVALIDANDO | <input type="checkbox"/> Asistencia Pública (PA) <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) y SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) y PA |
|---|---|

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

| | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----------|--------------|---|---------------|---------------|--|---|
| SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO | | | | ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE MOLDE | | | | <input type="checkbox"/> Embarazada 1 <input type="checkbox"/> Víctima de violencia doméstica 2 <input type="checkbox"/> Necesita establecer paternidad 3 <input type="checkbox"/> Necesita manutención infantil 4 <input type="checkbox"/> Problemas de drogas/alcohol 5 <input type="checkbox"/> Falta o desconexión de servicios básicos/combustible 6 <input type="checkbox"/> No tiene hogar/desamparado(a) 7 <input type="checkbox"/> Incendio u otro desastre 8 <input type="checkbox"/> No tiene ingresos 9 <input type="checkbox"/> Problema médico serio 10 <input type="checkbox"/> Orden de desalojo pendiente 11 <input type="checkbox"/> No tiene comida 12 <input type="checkbox"/> Necesita tutela temporal 13 <input type="checkbox"/> Necesita guardería 14 <input type="checkbox"/> Problemas con el inglés 15 <input type="checkbox"/> Alojamiento razonable 16 <input type="checkbox"/> Otro _____ 17 |
| PRIMER NOMBRE | INICIAL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO | ESTADO CIVIL | NÚMERO DE TELÉFONO () CÓDIGO DE ÁREA | | | | |
| CALLE Y NÚMERO | DEPT. NO. | 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) | | DEPT. NO. | 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 EN DONDE SE PUEDA LOCALIZAR | NOMBRE | NÚMERO DE TELÉFONO () CÓDIGO DE ÁREA |
|--|------|-------|--|---|--------|---------------------------------------|

| | | | | | | |
|---|-----------|--------|---------|--------|---------------|--|
| INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN ACTUAL | | | | | | |
| DIRECCIÓN ANTERIOR | DEPT. NO. | 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 ESTE FORMULARIO DE REVALIDACIÓN Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | | |
| HAGA UNA LISTA DE LAS COSAS QUE HAN CAMBIADO DESDE SU SOLICITUD O ÚLTIMA REVALIDACIÓN (como si se mudó, tuvo un hijo, el ingreso, etc.) _____ | | | | | | |

SECCIÓN 4 – Si solicita nuevamente SNAP: Puede presentar un formulario de revalidación desde el día en que lo reciba. Para presentar una recertificación de SNAP, debe incluir por lo menos su nombre, dirección (si la tiene) y firma al final. Debe completar el proceso de revalidación, que incluye firmar la última página de la revalidación y participar en una entrevista. Si es elegible, recibirá el subsidio SNAP retroactivo a la fecha en que presentó la revalidación. Debe ser informado, dentro de un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en que entregó (presentó) su revalidación para el subsidio SNAP, si su revalidación fue aprobada o denegada. Si su hogar tiene recursos líquidos escasos o nulos, o si su renta y sus servicios básicos son mayores a sus ingresos y sus recursos líquidos, usted podría ser elegible para obtener el subsidio SNAP dentro de un plazo de cinco días calendario contados a partir de la fecha en que presente su solicitud. Si es residente de una institución y revalida tanto para Ingresos Suplementarios de Seguridad (por sus siglas en inglés, "SSI") como para el subsidio SNAP antes de salir de la institución, la fecha de presentación de la revalidación es la fecha en que salga de la institución.

| | |
|---|----------------|
| FIRMA DEL BENEFICIARIO DE SNAP O SU REPRESENTANTE | FECHA DE FIRMA |
|---|----------------|

x

SECCIÓN 6 – INFORMACIÓN DEL HOGAR – Incluya en la lista a todas las personas que viven con usted, aunque no se recertifiquen con usted. Indique sus datos en el primer renglón.

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

MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE REVALIDAN (Vea el instructivo PUB-1313 *Statewide*, o hable con su distrito de servicios sociales)

| RI | LN | (Inicial del segundo nombre) | | | ESTA PERSONA ESTÁ REVALIDANDO PARA: | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | SEXO M O F | PARENTES CO CON USTED | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE REVALIDAN (Vea el instructivo PUB-1313 <i>Statewide</i> , o hable con su distrito de servicios sociales) | SÍ | NO |
|----|----|------------------------------|------------------------|----------|-------------------------------------|------|----|---------------------|-----|-----|---------------------|--------------------------------|--|----|----|
| | | PRIMER NOMBRE | INICIAL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO | PA | SNAP | MA | Mes | Día | Año | | | | | |
| | 01 | | | | | | | | | | | YO MISMO(A) | | | |
| | 02 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 03 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 04 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 05 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 06 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 08 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|-----------|-----|---------------|------------------------|----------|
| INCLUYA APELLIDOS DE SOLTERA Y OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED U OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR HAYA SIDO CONOCIDO | Línea No. | ONC | PRIMER NOMBRE | INICIAL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |
| | Línea No. | ONC | PRIMER NOMBRE | INICIAL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO |

SECCIÓN 7

| | | | |
|--|---|---|----------|
| ¿SE HA MUDADO ALGUIEN AL HOGAR EN EL ÚLTIMO AÑO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, INDÍQUELO A CONTINUACIÓN. | ¿HABÍA VIVIDO ANTES EN EL ESTADO DE NUEVA YORK? | ¿SE HA MUDADO ALGUIEN DEL HOGAR EN EL ÚLTIMO AÑO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, INDÍQUELO A CONTINUACIÓN. | |
| NOMBRE | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | NOMBRE | ¿CUÁNDO? |
| NOMBRE | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | NOMBRE | ¿CUÁNDO? |
| 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

| 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 | | | | |
| | | ✓ RCA/RMA REFERRAL | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 01 | | 05 | |
| | | | | | | | | | | | 02 | | 06 | |
| | | | | | | | | | | | 03 | | 07 | |
| | | | | | | | | | | | 04 | | 08 | |

Por favor lea detenidamente toda esta página antes de contestarla. Si tiene dudas, consulte el folleto informativo (PUB-1313 Statewide) o hable con su distrito de servicios sociales.

SECCIÓN 9 – CIUDADANÍA / SIN CIUDADANÍA Y CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

SECCIÓN 10 – CERTIFICACIÓN

INCLUYA EN LA LISTA A TODAS LAS PERSONAS QUE REVALIDAN O QUE ESTÁN OBLIGADAS A REVALIDAR.

Algunos programas de servicios sociales requieren que certifique que usted es un ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano o de nacionalidad estadounidense, o un inmigrante con una situación migratoria satisfactoria. Otros programas no lo requieren.

Usted **DEBE** firmar la certificación siguiente solamente si es un ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano, de nacionalidad estadounidense, o un inmigrante con una situación migratoria satisfactoria, y está revalidando para:

- Asistencia Pública (cuando hay menores en el hogar o si una integrante del hogar está embarazada), o
- El Programa de Asistencia de Nutricional Suplementaria, o
- Medicaid (excepto si la solicitante está embarazada)

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.

NEEDED

REFERRALS

COMPLETED

Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)

Una revalidación de SNAP debe incluir a todas las personas que viven en el hogar con SNAP. Una revalidación de PA debe incluir a todos los menores para los que se esté revalidando, a sus hermanos y hermanas, y a todos los padres de dichos menores que vivan juntos. Si no indica que una persona de la lista es ciudadano de Estados Unidos, de nacionalidad estadounidense o inmigrante con una situación migratoria satisfactoria, ni proporciona un número de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (por sus siglas en inglés, "USCIS") (Número de Registro de Extranjero) ni un número de no ciudadano (si lo tiene), esa persona no recibirá asistencia y los demás miembros del hogar recibirán beneficios reducidos. Si es indígena norteamericano, marque la casilla "ciudadano/nacional".

FIRME* Y ESCRIBA LA FECHA EN EL ESPACIO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria que revaliden, marque los programas para los que cada no ciudadano que revalida tenga una situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo, PUB-1313 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 lo tiene) | CERTIFICACIÓN | FECHA | PA | SNAP | MA |
|----|---------------|----------------------------|----------|---|--|---------------|-------|----|------|----|
| 01 | | | | <input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO | A | Firma X | | | | |
| 02 | | | | <input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO | A | Firma X | | | | |
| 03 | | | | <input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO | A | Firma X | | | | |
| 04 | | | | <input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO | A | Firma X | | | | |
| 05 | | | | <input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO | A | Firma X | | | | |
| 06 | | | | <input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO | A | Firma X | | | | |
| 07 | | | | <input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO | A | Firma X | | | | |
| 08 | | | | <input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO | A | Firma X | | | | |

Al marcar una de las casillas anteriores y firmar el formulario de certificación en la Sección 10, certifico por este medio, bajo pena de perjurio, que yo y/o la(s) persona(s) en cuyo nombre firmo, somos ciudadanos de Estados Unidos, indígenas norteamericanos o nacionales de Estados Unidos, o no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria. Comprendo que al firmar la certificación anterior es posible que la información sobre los miembros de mi hogar que revalidan sea enviada a Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos para verificar la situación de los no ciudadanos, si los hay. El uso o la divulgación de la información anterior 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 y Medicaid.

* Si la persona que quiere firmar el formulario de revalidación 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 11 – INFORMACIÓN SOBRE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Si revalida para Medicaid además de Asistencia Pública o del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, podría tener que ayudarnos a obtener soporte médico para usted y para sus hijos que revalidan. Responda las siguientes preguntas para determinar si necesita contestar esta sección. Inclúyase a sí mismo(a), si resulta apropiado:

1. ¿Está revalidando a 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
2. ¿Está revalidando a un individuo menor de 21 años de edad que tiene un padre o madre ausente (sin custodia)? Sí No

No necesita llenar esta sección si respondió "No" a las dos preguntas. Vaya a la sección siguiente.

Debe llenar esta sección si respondió "Sí" a cualquiera de las dos preguntas, o a ambas. Proporcione los nombres de todos los individuos menores de 21 años de edad a los que desea revalidar, y toda la información que posea actualmente sobre los padres sin custodia o putativos (presuntos) de esos individuos.

3. ¿Tiene usted menos de 21 años de edad? Sí No

Si respondió "Sí" a esta pregunta, proporcione la información de sus padres sin custodia o de su(s) padre(s) putativo(s).

Como condición necesaria para recibir asistencia, está obligado a ceder ciertos derechos relacionados con la manutención, como se describe en la sección de Notificaciones, cesiones, autorizaciones y consentimientos al final de esta revalidación. Se le entregará el formulario LDSS-4882, "Información sobre los servicios de manutención infantil y solicitud/derivación para servicios de manutención infantil" para que lo conteste y lo entregue a la Unidad de Ejecución de Manutención Infantil. Excepto en situaciones de violencia doméstica o por otras causas justificadas, es una condición para obtener asistencia que coopere con la Unidad de Ejecución de Manutención Infantil para localizar a cualquier padre sin custodia o putativo; establecer la paternidad para cada individuo menor de 21 años nacido fuera del matrimonio; y establecer, modificar y/o ejecutar las órdenes de manutención. También se le entregará el formulario LDSS-4279, "Notificación de responsabilidades y derechos de la manutención", que le explica sus responsabilidades y sus derechos si no coopera con la Unidad de Ejecución de Manutención Infantil.

| 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 12 - SITUACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS/DEPENDIENTES - Seleccione la situación tributaria de cada individuo que viva en el hogar.

| | | | SITUACION TRIBUTARIA | | | | | | |
|---------------|----------------------------|----------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---|--|-------------------------------------|------------------------|
| PRIMER NOMBRE | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO | SOLTERO | CASADO DECLARAND O DE MANERA CONJUNTA | CASADO DECLARANDO POR SEPARADO | CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO CALIFICADO) | VIUDO(A) CALIFICADO CON HIJO DEPENDIENTE | 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 incluyan en su declaración de impuestos. Si no declara impuestos, puede omitir esta pregunta.

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

SECCIÓN 13 – INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE AUSENTE/FALLECIDO– Si el cónyuge de cualquiera de las personas que revalida vive en otra parte o ha fallecido, indíquelo a continuación.

| | | | | |
|---|--------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE RECERTIFICA | 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 14 – INFORMACIÓN DE HIJOS AUSENTES – Si alguna de las personas que revalida tiene un hijo menor de 21 años de edad que vive en otra parte, indíquelo a continuación.

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

SECTION 15 – INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

¿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 _____

TEEN PARENT

LN NO. _____ Estado civil _____
 ¿Diploma de preparatoria (high school) o equivalente? _____
 LN NO. _____ Estado civil _____
 ¿Diploma de preparatoria (high school) o equivalente? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____
 LN NO. _____

| SECCIÓN 16 – 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 | INCOME | | | | |
| | | | | | | | LN No. | SOURCE CODE | AMOUNT | PERIOD | |
| Beneficios de seguro de desempleo | 1 | | | | | | | | | | |
| Beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad (por sus siglas en inglés, "SSI") (Total Estatal y federal) | 2 | | | | | | | | | | |
| Beneficios de Seguro Social por Incapacidad (SSD) | 3 | | | | | | | | | | |
| Beneficios de Dependiente del Seguro Social (SSD) | 4 | | | | | | | | | | |
| Beneficios del Seguro Social para Sobrevivientes | 5 | | | | | | | | | | |
| Beneficios de Pensión de Jubilación del Seguro Social | 6 | | | | | | | | | | |
| Beneficios de Retiro Ferroviario | 7 | | | | | | | | | | |
| Beneficios de Jubilación (pensiones) | 8 | | | | | | | | | | |
| Dividendos / Intereses sobre acciones, bonos, ahorros, etc. | 9 | | | | | | | | | | |
| Compensación laboral | 10 | | | | | | | | | | |
| Beneficios de Incapacidad del Estado de NY | 11 | | | | | | | | | | |
| Beneficios de Pensiones de Veteranos / Ayuda y Atención | 12 | | | | | | | | | | |
| Subsidio de Asistencia Pública | 13 | | | | | | | | | | |
| Asignación de dependencia GI | 14 | | | | | | | | | | |
| Becas o préstamos educativos | 15 | | | | | | | | | | |
| Contribuciones/Regalos (recibidos) | 16 | | | | | | | | | | |
| Pagos por Tutela Temporal (recibidos) | 17 | | | | | | | | | | |
| Pagos de manutención infantil (recibidos) | 18 | | | | | | | | | | |
| Recibidos de: | | | | | | | | | | | |
| Manutención conyugal (recibida) | 19 | | | | | | | | | | |
| Seguro privado de incapacidad - Ingresos por pólizas de seguro de salud/accidentes | 20 | | | | | | | | | | |
| Beneficios por seguro de impagos | 21 | | | | | | | | | | |
| Beneficios sindicales (incluyendo beneficios por huelgas) | 22 | | | | | | | | | | |
| Préstamos no educativos (recibidos) | 23 | | | | | | | | | | |
| Ingresos de un fideicomiso (incluyendo 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 | | | | | | | | | | |
| Ingresos por alquileres (recibidos) | 26 | | | | | | | | | | |
| Ingresos de subarrendatarios/huéspedes (recibidos) | 27 | | | | | | | | | | |
| Otros Ingresos | | | | | | | | | | | |
| (Por favor especifique) | | | | | | | | | | | |

- CONSIDER**
- ✓ Child Support Disregard/Pass-Through
 - Explained Budgeted
 - ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
 - ✓ Disability Review
 - ✓ Reception and Placement Grant (SNAP Only)
 - ✓ Refugee Matching Grant
 - ✓ Change in Income from Last Budget

| Deducciones: Ciertos tipos de presupuestos de Medicaid permiten que los solicitantes/beneficiarios reduzcan los ingresos a considerar usando las deducciones que aplican en sus impuestos federales. Estos son gastos específicos que el Servicio de Recaudación Interna (por sus siglas en inglés, "IRS") permite que la gente deduzca para reducir sus ingresos gravables. Registre aquí solamente las deducciones que aplicará en su 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 retiro (IRA) | 2 | | | | | |
| Deducción por intereses de préstamos estudiantiles | 3 | | | | | |
| Colegiaturas y cuotas | 4 | | | | | |
| Ciertos gastos profesionales (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 calificado | 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 (por favor especifique) | | | | | | |

SECCIÓN 17 - 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 18 – INFORMACIÓN LABORAL

Actualmente estoy: empleado empleado independiente 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 en que se paga: _____

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

_____ Número de teléfono. _____

Alguien más que viva con usted actualmente está: empleado empleado independiente

Quién: _____

Ingresos brutos \$ _____ Horas trabajadas al mes _____

Pago: Semanal Quincenal Mensual Día de la semana en que se paga: _____ **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 19 – 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™)
 __ Título asociado (2 años de universidad) 1
 __ Título de licenciatura (4 años de universidad) o superior

¿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
 Si respondió que sí, quién: _____
 Título obtenido: _____ 2
 Fecha de terminación: _____

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

¿Está o ha estado en un programa de capacitación **en los últimos 12 meses**? Sí No
 Quién _____ 3
 Dónde _____
 Programa _____
 Fechas en que asistió _____
 Fechas de terminación _____

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

¿Recibe una asignación por capacitación? Sí No 5
 Quién: _____ Monto \$ _____

¿Recibe becas o préstamos estudiantiles? Sí No 6
 Quién _____ Monto \$ _____

¿Tiene menos de 16 años de edad y asiste a la escuela? Sí No 7
 Quién _____
 Escuela _____
 Quién _____
 Escuela _____

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

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

| 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"/> |

| SECCIÓN 20 – INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS | | | | | | |
|---|----|----|-------|----------------------------------|-------|----------------------------------|
| Indique si usted o alguien que vive con usted y que se está recertificando: | SÍ | NO | QUIÉN | SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR | QUIÉN | SI RESPONDIÓ QUE SÍ, 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 ("in trust") | 19 | | | | | |
| Tiene una caja(s) de seguridad | 20 | | | | | |
| Tiene otros recursos además de los ya mencionados | 21 | | | | | |
| ¿Alguien (como su cónyuge, incluso si no está revalidando 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 (como su cónyuge, incluso si no está revalidando 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 |
| ✓ EIC |
| ✓ Change in Resources from Last Budget |

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

*IF EXEMPT, WHY?

| SECCIÓN 21 – INFORMACIÓN MÉDICA | | | | REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE | |
|--|----|----|------------------------------|--|---|------------------|------------------|
| Indique si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando: | SÍ | NO | SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? | | Pregnancy Statement | | |
| Tiene facturas médicas o gastos relacionados con atención médica | 1 | | | | Med/Psych Statement | | |
| Tiene Medicaid con un sobrante (<i>spend-down</i>) | 2 | | | | Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571) | | |
| Tiene seguro de salud o seguro hospitalario/contra accidentes (incluyendo seguros por parte del empleador) | 3 | | | NO. DE PÓLIZA: MONTO: FRECUENCIA DE PAGO: | Paid or Unpaid Medical Bills | | |
| Tiene seguro de salud disponible a través de un empleador | 4 | | | NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: | SSI Application Verification (PA ONLY) | | |
| Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul) | 5 | | | ¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO?: | CONSIDER | | |
| Tiene un asistente de salud | 6 | | | FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: | <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 ✓ Change in Resources | | |
| Es ciego(a) o está enfermo(a) o incapacitado(a) | 7 | | | Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 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? | NEEDED | REFERRALS | COMPLETED |
| Es un menor con una discapacidad del desarrollo | 8 | | | | SSI (D-CAP) | | |
| Está en un hospital, en un centro de servicios de enfermería o en otra institución médica | 9 | | | | Disability Interview (LDSS-1151) | | |
| Tiene cuentas médicas, pagadas o sin pagar, de los 3 meses anteriores al mes de esta recertificación | 10 | | | | Medical Report (LDSS-486, 486t) | | |
| Tiene o tuvo una dependencia de las drogas o el alcohol | 11 | | | | Disability Report | | |
| Necesita servicios de cuidado en el hogar o cuidado personal | 12 | | | | AD | | |
| Recibe SSI o alguna vez ha solicitado SSI | 13 | | | | TPHI | | |
| Está embarazada Si está embarazada, fecha esperada de parto: _____ Número esperado de nacimientos: _____ | 14 | | | | ACCES-VR | | |
| Recibe tratamiento de un programa por abuso de drogas o alcohol | 15 | | | | CTHP | | |
| No ha podido trabajar por lo menos en 12 meses debido a una discapacidad o enfermedad | 16 | | | | Family Planning | | |
| Tiene actividad diaria limitada debido a una incapacidad o enfermedad que ha durado o durará un mínimo de 12 meses | 17 | | | | SSA (RSDI) | | |
| Ha sufrido un accidente automovilístico o laboral en los últimos dos años | 18 | | | | Veteran's Benefits | | |
| Ha hecho que una agencia gubernamental (programa público) distinto a Medicaid o Medicare pague alguna de sus cuentas médicas Si respondió que sí, cuál agencia _____ | 19 | | | | Veteran's Counseling | | |
| ¿Facturar a algún otro seguro de salud le causará daños a su salud o seguridad, física o emocional, y/o interferirá con la privacidad y confidencialidad de su solicitud o su recepción de Medicaid? | 20 | | | | 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 llame al 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) | No. 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 22 – 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 por renta, hipoteca, u otros gastos relacionados con el alojamiento? | | | \$ |
| ¿Usted o alguien que vive con usted paga calefacción adicional a su renta 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

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care-Related Additional Allowances
- ✓ SNAP Household Composition Rules
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance

| SECTION 22 – ALOJAMIENTO (CONT.) | | | |
|---|----|----|----------------------------|
| ¿Usted o alguien que vive con usted paga los siguientes gastos adicionales a su renta 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 | | | \$ |
| Agua 3 | | | \$ |
| Aire acondicionado 4 | | | \$ |
| Propano (para usos distintos a la calefacción) 5 | | | \$ |
| Alcantarillado 6 | | | \$ |
| Basura 7 | | | \$ |
| Otros servicios y gastos básicos 8 | | | \$ |
| Especifique _____ | | | |
| ¿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 Other _____
 Kerosene Propane Municipal Electric Wood

| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | |
|---|-----------------------------|----|-----------------------------|
| SECTION 23 – OTROS GASTOS | | | |
| Indique si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando: | SÍ | NO | SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO |
| Paga manutención infantil 1 | | | \$ |
| Paga manutención conyugal 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 revalidando 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 |

| HOW OFTEN PAID | LEGALLY OBLIGATED | | CHILD IN SNAP HH | |
|----------------|-------------------|----|------------------|----|
| | YES | NO | YES | NO |
| | | | | |

SECCIÓN 24 – INFORMACIÓN ADICIONAL

| | | | | | |
|--|----|-----------------------------|-----------------------------|----------------|--------------|
| ¿Compra o planea comprar alimentos mediante un servicio de entrega a domicilio o de comidas comunitarias? | 8 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | | |
| ¿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 | | |
| ¿Su cónyuge ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? | 11 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | | |
| ¿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 | | |
| Indique si usted o alguien que vive con usted está revalidando: | | SÍ | NO | QUIÉN | |
| ¿Usted o alguien que vive con usted y que está revalidando se ha mudado a este condado desde otro condado del Estado de Nueva York en los últimos dos meses? | | | | | |
| ¿Usted o alguien que vive con usted alguna vez ha sido declarado culpable y/o ha sido descalificado para Asistencia Pública y/o para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) debido a fraude o infracciones intencionales al programa? | | | | | |
| ¿Usted o alguien que vive con usted ha recibido beneficios a los que no tenía derecho, que no hayan sido devueltos en su totalidad a esta u otra agencia? | | | | | |
| ¿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 algún miembro de su hogar ha sido condenado por recibir de manera fraudulenta el subsidio SNAP por duplicado en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996? | | | | | |
| ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender el subsidio SNAP por un monto total de \$500 o más después del 22 de septiembre de 1996? | | | | | |
| ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar el subsidio SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas? | | | | | |
| ¿Usted o algún miembro de su hogar está fugitivo para evitar el proceso penal, la custodia o el confinamiento después de ser condenado por un delito grave o por una tentativa de delito grave, y está siendo perseguido activamente por fuerzas policíacas? | | | | | |
| ¿Usted o algún miembro de su hogar está infringiendo su libertad condicional o su libertad bajo palabra de acuerdo con una orden judicial? | | | | | |

ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDADES

He No he vendido, traspasado o cedido alguna propiedad mía a alguien más para adquirir subsidios de Asistencia Pública o de SNAP.

| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED | CONSIDER |
|--------|-----------|-----------|--|
| | Services | | ✓ SNAP Dependent Care Deductions |
| | UIB | | ✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5) |

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|--------------------------------|---------|
| | 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.

| | CONSIDER |
|---|--|
| Actual Expenses \$ <input type="text"/> | ✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc. |
| | ✓ Actual Shelter |
| | ✓ Actual Fuel/Utility Costs |
| | ✓ Telephone Expenses |
| Actual Income \$ <input type="text"/> | ✓ Car Expenses |
| | ✓ Furniture/Appliance Rental |
| | ✓ Cable TV |
| = Difference \$ <input type="text"/> | ✓ Tuition |
| | ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> |

Does Client Receive Contribution Towards Difference Yes No

If Yes, From Whom? _____

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is _____

Documented by _____

NOTES/COMMENTS

NOTIFICACIONES, CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

RECOPIACIÓN Y USO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL – Se autoriza la recopilación del número de seguro social (por sus siglas en inglés, "SSN") de cada miembro del hogar respecto al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, "SNAP") en los términos de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (con enmiendas). Cualquier persona que solicite SNAP debe proporcionar un SSN para recibir beneficios. Si usted u otra persona que solicita asistencia no tiene un SSN, esa persona debe solicitar un SSN a la Administración del Seguro Social (visite www.SSA.gov o llame al 1-800-772-1213).

Respecto a todos los demás programas para los que este formulario de revalidación requiere un SSN, la recopilación de los mismos 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-1313 Statewide) o hable con su distrito de servicios sociales si tiene preguntas.

La información que recopilamos se usará para determinar si su hogar reúne los requisitos o sigue cumpliendo con los requisitos necesarios para recibir asistencia o beneficios. La información se utilizará para comprobar la identidad, verificar los ingresos salariales y no salariales, para determinar si los padres ausentes pueden obtener cobertura de seguro de salud para los solicitantes o beneficiarios, para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden obtener manutención de menores o manutención conyugal, y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Verificaremos esta información con programas informáticos de cruzamiento de datos. Esta información también se utilizará 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 beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares (por sus siglas en inglés, "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 Familiar y de Asistencia de la Red de Seguridad, incluyendo los SSN, se podrá utilizar para ayudar en la formación de grupos para selección de jurados. Si se presenta una reclamación de SNAP en contra de su hogar, los datos recopilados en esta revalidación, incluyendo los SSN, 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 elegibles también se utilizarán y divulgarán de la forma descrita anteriormente.

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

NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN – Esta institución tiene prohibido discriminar con base en raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (por sus siglas en inglés, "USDA") también prohíbe la discriminación con base en raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o como represalia por actividades anteriores relacionadas con derechos civiles en cualquier programa o actividad conducido o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran maneras de comunicación alternativas para la información sobre los programas (por ejemplo, Braille, tipografía grande, lenguaje americano de señas, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) a la que solicitaron los beneficios. Los individuos que sean sordos o que tengan impedimentos auditivos o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja de discriminación contra el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, "SNAP"), llene el formulario de queja de discriminación en programas de la USDA (AD-3027), que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (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.

Para obtener más información sobre cómo lidiar con problemas del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, "SNAP"), las personas deben llamar a la línea de ayuda para SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también ofrece servicio en español, o llamar a los números de información y ayuda de los estados (haga clic en el enlace para ver una lista de números de ayuda por estado); que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación referente a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (por sus siglas en inglés, "HHS"), escriba a HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que cumple con los principios de 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 INVESTIGACIÓN – Acepto que se realicen investigaciones para verificar o confirmar la información que he proporcionado junto con mi solicitud de beneficios de Asistencia Pública (AP), de Medicaid, del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares, de Servicios o de Asistencia para Guardería. Proporcionaré información adicional, de ser necesario. También cooperaré enteramente con el personal federal y estatal en cualquier revisión de control de calidad de PA y/o SNAP.

Si me estoy recertificando para SNAP, comprendo que el distrito de servicios sociales solicitará y utilizará la información disponible en el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad para investigar mi recertificación, y que podría verificar la información por medio de contactos colaterales si detecta discrepancias. También comprendo que esta información puede afectar mi elegibilidad para SNAP y/o el nivel de beneficios de SNAP que recibiré.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE EL SEGURO DE DESEMPLEO – Autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés "DOL") a divulgar toda la información confidencial que tenga referente al Seguro de Desempleo (por sus siglas en inglés, "UI") a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidades del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés, "OTDA"). Esta información incluye las reclamaciones de beneficios del UI y los registros salariales. Comprendo que la OTDA; junto con empleados de agencias locales y estatales que trabajan en las oficinas de distritos de servicios sociales, utilizarán la información referente al UI para establecer o verificar la elegibilidad y el monto de Asistencia Pública, Medicaid, beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares o Asistencia para Guardería que se solicitan en esta solicitud/recertificación, y para realizar investigaciones para determinar si recibí beneficios a los que no tenía derecho. La OTDA también puede compartir la información con la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés, "OCFS") y con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés, "DOH"). La OCFS utilizará la información para supervisar el programa de Asistencia para Guardería.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A PROVEEDORES DE SERVICIOS – Otorgo mi permiso al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir la información relacionada con los beneficios de Asistencia Pública y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria que hayamos recibido yo y cualesquier miembros de mi hogar por los que yo pueda otorgar legalmente la autorización, para efectos de verificar mi elegibilidad 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.

REPORTE DE CAMBIOS – Acepto informar a la agencia **de manera expedita** sobre cualquier cambio en mis necesidades, residencia/dirección, alojamiento, tamaño del hogar, ingresos, propiedades/recursos, costos de cuidado de dependientes, seguro de salud, situación de ciudadano o de no ciudadano con una situación migratoria satisfactoria, mi situación como adulto habilitado para trabajar sin dependientes (por sus siglas en inglés, "ABAWD"), situación de embarazo o alojamiento, con base en conocimientos y evidencias.

Si estoy solicitando Asistencia para Guardería, 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 elegibilidad o el monto de mis beneficios.

SANCIONES – Las leyes estatales y federales estipulan multas, cárcel o ambas si usted no dice la verdad al recertificarse para Asistencia Pública, Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Servicios o Asistencia para Guardería ("Asistencia, Beneficios o Servicios") o cuando se le interrogue en referencia a su elegibilidad, o si hace que alguien más no diga la verdad respecto a su recertificación y a la continuidad de su elegibilidad. También se imponen sanciones si usted oculta o no revela hechos referentes a su elegibilidad inicial, y a la continuidad de la misma, para Asistencia, Beneficios o Servicios, o si oculta o no revela hechos que afectarían el derecho de alguien para el que se ha recertificado a obtener o seguir recibiendo Asistencia, Beneficios o Servicios. Si usted es un representante autorizado, la Asistencia, Beneficios 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 inelegible 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, Beneficios o Servicios ocultando información o proporcionando información falsa.

SANCIONES DE DESCALIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA – Toda la información que proporcione en relación con su solicitud de beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) estará sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. Si cualquier información es incorrecta, podrían denegarse sus beneficios de SNAP. Usted podría estar sujeto a un proceso penal si proporciona intencionalmente información incorrecta que afecte su elegibilidad o el monto de sus beneficios. 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. El individuo también podría estar sujeto a proceso de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables. Cualquier persona que esté violando una condición de su libertad condicional o bajo palabra, y cualquier persona que esté prófuga para evitar un proceso penal, custodia o confinamiento por un delito grave y que sea buscada activamente por cuerpos policíacos no es elegible para recibir beneficios de SNAP.

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

- Utilizar beneficios de SNAP para comprar artículos no alimenticios, como alcohol o cigarrillos;
- Utilizar beneficios de 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 a través de una audiencia administrativa de descalificación ante un tribunal federal, estatal o local, o que hayan firmado una renuncia a su derecho a una audiencia administrativa de descalificación o un acuerdo de consentimiento de descalificación en los casos derivados para proceso penal, no serán elegibles 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 que se base en la determinación de un tribunal de que el individuo utilizó o recibió beneficios 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 beneficios de SNAP simultáneamente, a menos que esté descalificado permanentemente por una tercera IPV de SNAP.
- Adicionalmente, un tribunal puede prohibirle a un individuo que participe en SNAP por 18 meses adicionales.

Un individuo puede ser descalificado permanentemente de recibir beneficios de SNAP por:

- La primera IPV de SNAP que se base en la determinación de un tribunal de que el individuo utilizó o recibió beneficios de SNAP en una transacción que involucró la venta de armas de fuego, municiones o explosivos;
- La primera IPV de SNAP que se base en la condena ante un tribunal por tráfico de beneficios 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 que se base en la determinación de un tribunal de que el individuo utilizó o recibió beneficios 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
- Una tercera IPV de SNAP.

OBLIGACIÓN DE REPORTAR/COMPROBAR LOS GASTOS DEL HOGAR – Su hogar debe reportar los gastos de guardería y servicios básicos para recibir una deducción del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por estos gastos. Su hogar deberá reportar y comprobar los gastos de renta o hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y de manutención de menores pagados a una persona que no sea integrante del hogar, 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 elegible para SNAP o podría incrementar sus beneficios de SNAP. Puede reportar o comprobar estos gastos más adelante, en cualquier momento. La deducción se aplicará entonces al cálculo de los beneficios de SNAP para los meses futuros, según las normas vigentes para el reporte de cambios (Vea Reporte 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 haga la recertificación para los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria por usted. También puede autorizar a una persona que no pertenezca a su hogar para que solicite beneficios 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 recertificación. 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 recertificación, 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 elegibles por sus ingresos para el Programa de Asistencia de Energía para Hogares (HEAP). También entiendo que si no he recibido un beneficio de HEAP mayor a \$20 en el mes actual o en los 12 meses anteriores, o un beneficio similar para asistencia de energía, debo pagar la calefacción o aire acondicionado por separado de mi renta para poder recibir el subsidio estándar para servicios básicos para calefacción y aire acondicionado (es decir, una deducción) para 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 (incluyendo a mi compañía eléctrica) divulguen a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidades del Estado de Nueva York, al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, ciertos datos estadísticos, que incluyen, pero no se limitan a, 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, para efectos de medir el desempeño del Programa de Asistencia de Energía para Hogares 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 por Discapacidades del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés, "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 beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad; para establecer los planes apropiados de tratamiento para restaurar la capacidad de trabajar; y para determinar la elegibilidad para exenciones del límite estatal de sesenta meses para la recepción de asistencia en efectivo. Si estoy obligado a solicitar beneficios administrados 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 - Autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir los datos sobre 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 la 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 elegibilidad de 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, incluyendo todos los tratamientos necesarios a través 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 no pagada por servicios médicos y por servicios de salud que se me suministren mientras soy elegible para 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 en 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 BENEFICIOS Y PAGO DIRECTO – Para Asistencia Pública y Medicaid, acepto presentar todas las reclamaciones por beneficios 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 recertificación. Además, ayudaré a poner todos los beneficios cedidos a disposición del distrito de servicios sociales al que se presenta esta recertificación.

Autorizo que los pagos que sean debidos a mí o a cualquier miembro de mi hogar por beneficios de seguros de salud o accidente, se remitan directamente al distrito de servicios sociales apropiado, como pagos correspondientes a los servicios médicos y a otros servicios de salud suministrados mientras fuimos elegibles para 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 a través 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 que cumpla 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 DEVOLVER LOS BENEFICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA CON EL PAGO RETROACTIVO DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS DE SEGURIDAD – Autorizo al comisionado de la Administración del Seguro Social (por sus siglas en inglés, "SSA") a utilizar mi primer pago de Ingreso Suplementario de Seguridad (por sus siglas en inglés, "SSI") (es decir, mi pago retroactivo de SSI) para reembolsar al distrito local de servicios sociales (por sus siglas en inglés, "SSD") por la asistencia pública que el SSD me pague con fondos estatales o locales mientras la SSA decide si soy elegible para 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 que el monto debido al SSD, la SSA me enviará el resto de acuerdo con sus reglas.

La SSA puede reembolsar al SSD en dos situaciones:

- (1) Reembolsará al SSD si solicito SSI y la SSA determina que soy elegible.
- (2) Reembolsará al SSD si mis beneficios 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 elegibilidad de la SSA. Esto se llama "asistencia temporal". El período inicial: 1) con el primer mes en el que me vuelva elegible para el pago de beneficios de SSI; o 2) el primer día en que se restaure mi SSI después de haber sido suspendida o cancelada. El período incluye el mes en que los pagos de SSI comiencen en realidad. 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 informarle que el dinero restante de SSI que se me debe será enviado a la SSA, y cómo puedo apelar la decisión ante el estado si no estoy de acuerdo con ella.

De acuerdo con sus reglas, la SSA puede utilizar la fecha en que yo firme esta autorización como la fecha en la que habilito para SSI por primera vez. Sólo lo hará si solicito SSI en los próximos 60 días.

Esta autorización se 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 NY si 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 justa si no estoy de acuerdo con una decisión tomada por el SSD respecto al reembolso.

Recibí una copia del folleto titulado "Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales". Comprendo lo que dice sobre la asistencia temporal.

MANUTENCIÓN – La solicitud o recepción de Asistencia Familiar (por sus siglas en inglés, "FA"), Asistencia de la Red de Seguridad ("SNA") o Tutela Temporal del 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 es limitada en ciertas situaciones. Otras secciones de esta recertificación 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 Familiar o Asistencia de la Red de Seguridad, mi cesión de los derechos de manutención estará limitada a la manutención que se acumule durante el periodo 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 cualquier miembro de mi familia antes del 1 de octubre de 2009 siguen asignados al estado.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES – Entiendo que al firmar esta solicitud/certificación, doy consentimiento a cualquier investigación para verificar o confirmar la información que he proporcionado y a cualquier otra investigación por parte de cualquier agencia gubernamental autorizada en relación a los beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares (HEAP). También doy consentimiento para que la información proporcionada en esta recertificación sea utilizada en derivaciones a programas disponibles de asistencia para preparación de viviendas para la intemperie y a programas para personas con bajos ingresos de 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 (incluyendo a mi compañía eléctrica) divulguen a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidades del Estado de Nueva York, al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, ciertos datos estadísticos, que incluyen, pero no se limitan a, 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, para efectos de medir el desempeño del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos.

INFORMACIÓN SOBRE AGRESIONES SEXUALES – 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 NY; 2) centros locales de crisis por violación; y 3) servicios locales de defensoría, terapia y líneas de apoyo apropiados para víctimas de agresiones sexuales. Además, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle los números de las líneas de apoyo del Estado de NY para agresiones sexuales y violencia doméstica: (800) 942-6906 y (800) 818-0656 (TTY).

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

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

SUMINISTRE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SÓLO SI USTED QUIERE CERRAR SU CASO PARA UNO O MÁS PROGRAMAS:

SOLICITO QUE SE CIERRE MI CASO PARA:

Asistencia Pública **Beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria** **Asistencia Médica**

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

Explique el motivo: _____

Firma x _____ Fecha _____



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) | 7 | 8 Teléfono (opcional) Correo electrónico (opcional) |
| 10 | Año en que votó por última vez | Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) | 9 Con el nombre (si es diferente de su nombre actual) | |
| 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 | 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 | | | |
| Declaración jurada: Juro o declaro lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> 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) Inscribirse 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.

| | | | | |
|---------------------|-----------------------------|---|---------------|--------|
| Apellido | | 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 | F | |
| Color de ojos | Estatura | pies | pulgadas | |
| Correo electrónico | N.º del DMV o de Id. de NYC | | | |

Firma _____

Fecha _____ / _____ / _____

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.