Family Independence Administration

	Fecha:						
	Número del caso:						
		Nombre del caso:					
				Centro:			
	Número de casos:						
	Recertificación por Correo/Cuestionario de Elegibilidad						
Para determinar la elegibilidad continua de la Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés) y del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), usted tiene que contestar todas las preguntas, firmar, fechar y devolver este formulario en el sobre franqueado adjunto, a la Administración de la Independencia Familiar: Family Independence Administration, P.O. Box 637, Canal Street Station, New York, NY 10213-0195, para el:							
Este formulario se considera el formulario para la recertificación por correo para casos de CA. Para los casos de SNAP, este formulario se considera el formulario de Cuestionario de Elegibilidad.							
	<ul> <li>Usted tiene que incluir copias de cartas y documentos que comprueben los cambios que está notificando. Además, si usted o los miembros de su familia tienen trabajo (ingresos devengados), usted tiene que presentar los cuatro últimos comprobantes de pago <u>u otra prueba de ingreso devengado bruto y el número de horas trabajadas en los últimos 20 días</u>, aunque el salario no haya cambiado.</li> </ul>						
	• El no devolver el formulario o devolverlo sin los documentos de verificación requeridos, podría resultar en el cierre de su caso o en la reducción de sus beneficios.						
1.	1. ¿Usted aún necesita: Asistencia en Efectivo? □ Sí □ No						
;	SNAP? □ Sí □ No Asistencia médica? □ Sí □ No						
;	Si usted marca ☑ No, sus beneficios serán suspendidos.						
2.	2. ¿Se mudó alguien <b>dentro o fuera</b> del hogar desde la última vez que usted notificó el número de personas que viven en su hogar (incluyendo nuevos nacimientos) □ Sí □ No						
	<ul> <li>En caso afirmativo, proporcione la información que se solicita a continuación.</li> </ul>						
	<ul> <li>Si él/ella quiere solicitar asistencia, debe rellenar una solicitud.</li> </ul>						
	<ul> <li>Si está notificando el nacimiento de un recién nacido, incluya una copia de la partida de nacimiento como verificación.</li> </ul>						
	Número de Seguro Social	Nombre	Relación con usted	Llegó al hogar	Abandonó el hogar	Fecha	

Número del caso: \_\_\_\_\_

3.	Aparte de la Asistencia en Efectivo, ¿hubo algún cambio en los ingresos del hogar, ya sea por usted o por cualquier otra persona en el hogar? ¿Hay alguien que haya empezado a recibir nuevo ingreso, algún aumento o pérdida de ingreso de algunas de las fuentes mencionadas a continuación, desde la última vez que usted notificó sus ingresos?						
Si usted marca ☑ Sí, indique la cantidad que recicibe y si la cantidad es r menos. Si usted o algún miembro del hogar tiene trabajo (ingresos deveno que rellenar la parte B sobre Empleo, presentar fotocopias de los cuatro úl comprobates de pago <u>u otra prueba de ingreso devengado bruto y el núme</u> trabajadas en los últimos 20 días aunque el salario no haya cambiado.						) tiene	
	Fuente de ingreso		Cantidad	Nueva	Más	Menos	
	A. Contribuciones	□Sí □No	\$				
	B. Empleo (nuevo o no, o si recibe más o menos de lo que notificó antes) Favor de indicar el número de horas semanales que usted trabaja	□Sí □No	\$				
	C. Seguro de beneficios de desempleo (UIB, por sus siglas en inglés)	□Sí □No	\$				
	D. Ingreso Suplementario de Seguridad Social (SSI, por sus siglas en inglés)	□Sí □No	\$				
	E. Ingreso de Seguridad Social aparte del SSI	□Sí □No	\$				
	F. Manutención infantil (incluyendo pagos ordenados por el tribunal)	□Sí □No	\$				
	G. Beneficios de veteranos u otros beneficios militares	□Sí □No	\$				
	H. Otro ingreso	□Sí □No	\$				
4.	¿Ha habido algún cambio en lo siguiente de	esde la	última vez	que nos	notificó?		
	<ul> <li>A. Costo del alquiler: ☐ Sí ☐ No</li> <li>En caso afirmativo, hubo aumento ☐ reducción ☐ cantidad nueva \$</li> <li>(Adjunte prueba del cambio).</li> </ul>						
	<ul> <li>B. Paga usted ahora algo de lo siguiente, aparte del alquiler:</li> <li>□ Calefacción o aire acondicionado □ Sí □ No</li> <li>□ Otros servicios (electricidad, gas para cocinar, agua, alcantarillado, basura, etc.)</li> <li>□ Sí □ No</li> </ul>						
	. ¿Hay alguien embarazada, discapacitado(a), de 60 años de edad o más? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione el nombre (adjunte prueba médica):						

(Voltee la página)

4.

	Número del caso:
Ηj	la habido algún cambio en lo siguiente desde la última vez que nos notificó?
D.	Recursos (ej. vehículo motorizado, cuenta de banco, etc.):   Sí   No   En caso afirmativo, explique a continuación(adjunte título del carro, estado de cuenta bancaria, etc.):
E.	Manutención infantil que usted paga a alguien fuera del hogar: $\square$ Sí $\square$ No En caso afirmativo, hubo aumento $\square$ reducción $\square$ cantidad nueva $\$$ (adjunte prueba de la orden del tribunal).
F.	Gastos médicos pagados por el miembro del hogar discapacitado o que tiene 60 años de edad o más:   Sí  No  En caso afirmativo, explique el cambio:
G.	Otros cambios:   Sí  No  En caso afirmativo, explique el cambio:
H.	¿Padece alguien afecciones médicas que limiten la aptitud para trabajar o el tipo de trabajo que puede desempeñar?   Sí  No  En caso afirmativo, nombre:

Adulto Sano sin Dependientes (ABAWDs, por sus siglas en inglés) - Si hay algún Adulto Sano sin Dependientes en el hogar que recibe SNAP ("ABAWD"), usted tiene que notificarnos cuando se reduzca a menos de 80 horas la participación mensual de la persona en el empleo u otras actividades relacionadas al empleo, .

## Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Para poder determinar si puede seguir recibiendo los beneficos de SNAP, usted tiene que rellenar el Cuestionario de Elegibilidad para la fecha indicada en la **página 1** de este formulario. Si no rellena y devuelve el Cuestionario de Elegibilidad para la fecha límite, sus beneficios de SNAP podrían verse reducidos o suspendidos. Si esto sucede, nosotros le enviaremos un aviso. Esta decisión se basa en el reglamento 8 NYCRR 387.17.

Lista de cambios que debe notificar a SNAP en este momento:

- Cambios en la **fuente de ingreso** para cualquier persona en el hogar.
- Cambios en el monto total de **ingreso salarial** en el hogar, si hay aumento o reducción mensual de más de \$100.

Número del caso:	
Numero del Caso:	

Lista de cambios que debe notificar a SNAP en este momento (continuación):

- Cambios en el monto total de ingreso no salarial del hogar proveniente de una fuente pública, como el beneficio de Seguridad Social o los Beneficios de Seguro de desempleo, si hay aumento o reducción mensual de más de \$100.
- Cambios en el monto total de ingreso no salarial del hogar proveniente de una fuente privada, como pagos de manutención infantilo de un seguro privado por discapacidad, si hay aumento o reducción mensual de más de \$100.
- Cambios en la cantidad de **manutención infantil ordenada por el tribunal que usted paga** por un menor que vive fuera de el hogar beneficiario de SNAP.
- Cambios pertinentes a quién vive con usted.
- Si usted se muda, la nueva dirección, el nuevo alquiler o costos de hipoteca, calefacción/aire acondicionado y gastos de servicios públicos.
- Carro nuevo o distinto u otro vehículo
- Aumentos de efectivo, acciones, bonos, dinero en el banco o entidades de ahorro del hogar, si el total del efectivo o del ahorro de todos los miembros del hogar exceden la suma de \$2,250 por hogar, si el hogar no tiene algún miembro mayor de edad o que esté discapacitado permanentemente; o \$3,500 para un hogar que tenga algún miembro mayor de edad o que esté discapacitado permanentemente.
- Si alguien en el hogar que recibe SNAP es un Adulto Saludable sin Dependiente (ABAWD, por sus siglas en inglés), esa persona TIENE QUE notificarle al distrito si su participación en trabajo u otras actividades de empleo se reduce a menos de 80 horas mensuales dentro de 10 días después de que finalize el mes. La persona ABAWD puede solicitar una actividad de trabajo calificadora por parte del distrito para ayudarle a cumplir los requisitos federales de ABAWD. Si alguien en el hogar de SNAP es una persona ABAWD, él/ella también debe notificar si el hogar se ha mudado a una área con exención federal aprobada para ABAWD o si la persona ABAWD cree que debe estar exenta de los requisitos de ABAWD.

**ASISTENCIA MÉDICA** — Usted tiene que notificar inmediatamente cualquier cambio de dirección, de ingresos, recursos o del número de integrantes a esta agencia. A usted se le notificará si la cobertura de la Asistencia Médica cambia.

Usted tiene que incluir copias de cartas y documentos que comprueben los cambios que está notificando. Además, si usted o los miembros de su familia tienen trabajo (ingresos devengados), usted tiene que presentar los cuatro últimos comprobantes de pago *u otra prueba de ingreso devengado bruto y el número de horas trabajadas en los últimos 20 días,* aunque el salario no haya cambiado.

Si alguien en el hogar que recibe SNAP es un Adulto Saludable sin Dependiente (ABAWD, por sus siglas en inglés), usted tiene que notificarnos si la participación de esa persona en alguna actividad de empleo o de otro tipo, se reduce a menos de 80 horas mensuales dentro de 10 días después que finalize el mes.

## Autorización para reembolsar beneficios de asistencia pública del retroactivo de SSI

Yo autorizo al/la comisionado(a) de la Administración de Seguridad Social (SSA, por sus siglas en inglés) para que utilice el primer pago del SSI (ej. mi pago retroactivo del SSI) para reembolsarle al Distrito de Servicios Sociales (SSD, por sus siglas en inglés) por la Asistencia Pública (PA, por sus siglas en inglés) que el SSD me pague proveniente del Estado o de fondos locales, mientras que la SSA decide si soy elegible para el Ingreso Suplementario de Seguridad Social (SSI). La SSA no le reembolsará al Distrito de Servicios Sociales por la Asistencia Pública que fue pagada utilizando fondos federales.

Yo estaré sujeto a esta autorización solo si el Estado le notifica a la SSA que un representante del SSD y yo la hemos firmado. El estado tiene que avisar dentro de 30 días después de haber ajustado mi registro de SSI con mi registro del Estado. La SSA no lo aceptará después de 30 días en el calendario. En vez, la SSA me enviará mi pago retroactivo del SSI conforme al reglamento de la SSA.

Solo se podrá utilizar mi primer pago de SSI. Si el primer pago es de mayor cantidad de la que se le debe reembolsar al SSD, la SSA me enviará el resto a mí, conforme a su reglamento.

La SSA le puede reembolsar al SSD en dos situaciones:

- (1) Le reembolsará al SSD si solicito el SSI y si la SSA determina que soy elegible.
- (2) Le reembolsará al SSD si se reestablecen mis beneficios de SSI después de haberse terminado o suspendido

La SSA solo le reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que pague mientras espero la determinación sobre mi elegibilidad. A esto se le llama "asistencia interina". El plazo inicia (1) con el primer mes en que se determine que soy elegible para recibir los beneficios del SSI, o (2) el primer día que se reestablezca el SSI después de haberse terminado o de haber sido suspendido. El plazo incluye el mes en que empiece el SSI. Si el SSD no puede parar mi último pago de Asistencia Pública, el plazo termina el mes siguiente.

Diez (10) días, a más tardar, después de que la SSA le reembolse al SSD, el SSD tiene que enviar un aviso notificándome sobre la catidad de asistencia interina pagada. El aviso también me notificará que la SSA me enviará una carta notificándome sobre como la SSA me enviará cualquier pago restante que se me deba y, que si no estoy de acuerdo con la decisión del Estado, cómo puedo apelar la decisión del Estado.

Conforme a su reglamento, la SSA puede utilizar la fecha en que yo firme esta autorización como la fecha en que comienza mi eligibilidad para recibir el SSI. Esto solo se hará si yo solicito el SSI dentro de los próximos 60 días.

Esta autorización aplica a cualquier solicitud de SSI o apelación que yo tenga pendiente actualmente ante la SSA.

Esta autorización termina si mi caso de SSI se decide por completo. Se termina cuando la SSA me efectúe el primer pago. El Estado y yo también podemos acordar dar por terminada esta autorización. Yo tengo que firmar una nueva autorización, conforme al reglamento del Estado de Nueva York (NYS, por sus siglas en inglés), si vuelvo a solicitar el SSI después de que termine esta autorización o si presento un nuevo reclamo de SSI, mientras tenga pendiente una solicitud o apelación de SSI.

Form M-327h (S) (LDSS-4887) (page 6 of 6) LLF Rev. 07/31/2018

Administración de Recursos Humanos Administración de la Independencia Familiar

ı	Número del caso:			
Se me dará la oportunidad de celebrar una audiencia a decisión que tome el SSD en cuanto al reembolso.	imparcial, si no estoy de acuerdo con			
decibí una copia del panfleto llamado "Lo que usted debe saber sobre los programas de ervicio sociales". Comprendo lo que dice sobre la asistencia interina.				
o juro (o) afirmo que la información incluida en este formulario es correcta y verdadera.				
Nombre (letra de molde):				
Firma:	Fecha:			
Firma del cónyuge o representante autorizado:				
echa:				
AVISO: La ley Federal y Estatal impone penalidades de multa, encarcelamiento o ambas, si no dice la verdad o si usted oculta o no divulga hechos pertinentes a su elegibilidad para recibir asistencia. El reglamento exige que usted notifique de inmediato a esta Agencia sobre cualquier cambio en las necesidades, ingreso, recursos, acomodamiento de vivienda o dirección.				
-irma del trabajador:	Fecha:			

NOTA: La última parte de este formulario es una solicitud de inscripción para votar. Si necesita ayuda para rellenar el formulario de solicitud de inscripción del votante, pídasela a su trabajador(a). El solicitar la inscripción o el rehusar inscribirse para votar, no afectará la cantidad de asistencia que le ortogará esta agencia. Devuleva este formulario a la agencia, sin importar si está rellenado o no.