

Esta información se proporciona en este formato alternativo exclusivamente para propósitos informativos. Si desea hacer una solicitud, debe someterla por escrito, en un formato no alternativo.

SOLICITUD PARA CIERTOS SUBSIDIOS Y SERVICIOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Si usted es ciego o tiene una discapacidad visual grave y necesita esta solicitud en un formato alternativo, puede pedirla a su distrito de servicios sociales (SSD, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre los tipos de formatos disponibles y cómo pedir una solicitud en un formato alternativo, consulte el instructivo para llenar esta solicitud (PUB-1301 Statewide), disponible en www.otda.ny.gov o <https://www.health.ny.gov/>.

Si es ciego o tiene una discapacidad visual grave, ¿le gustaría recibir avisos por escrito en un formato alternativo?

Sí

No

En caso afirmativo, marque el tipo de formato que desea:

Tipografía grande

CD de datos

CD de audio

Braille, si cree que ninguno de los otros formatos alternativos le será de igual utilidad a usted

Si necesita otro formato, comuníquese con su distrito de servicios sociales.

Nos comprometemos a darle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa. Siempre que vea “Asistencia Pública” o “PA” (por sus siglas en inglés) en la solicitud, se refiere a “Asistencia para Familias” o “Asistencia Red de Seguridad”. Llamamos a estos dos programas “Asistencia Pública”. **Consulte el instructivo (PUB-1301 Statewide) y los libros 1, 2 y 3 de “Lo que debe saber” (LDSS-4148A, LDSS-4148B y LDSS-4148C) cuando complete esta solicitud y comuníquese con su distrito de servicios sociales si tiene alguna pregunta.**

Cuando vea “MA” en la solicitud, se refiere a “Medicaid”. Puede solicitar MA usando esta solicitud solamente si también está solicitando Asistencia Pública o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) al mismo tiempo. Si solo desea solicitar MA, puede hacerlo en línea en <https://nystateofhealth.ny.gov/> o llamando al 1-855-355-5777 si desea obtener más información o presentar una solicitud; o puede usar la solicitud impresa solo para MA (el formulario DOH-4220) que el empleado puede proporcionarle o llamar a la línea de ayuda de MA al 1-800-541-2831. Si solamente desea presentar una solicitud para el Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), debe hacerlo con el Formulario DOH-4328, que el empleado 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 *TODOS* LOS PROGRAMAS QUE SOLICITAN USTED O UN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR

- Asistencia Pública (PA)
- Cuidado de Niños en lugar de PA
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Medicaid (MA) y SNAP
- Medicaid (MA) y PA
- Servicios (S), que incluye Cuidado de Crianza (FC)
- Asistencia de Cuidado de Niños (CC)
- Solo Asistencia de Emergencia (EMRG)

SECCIÓN 2

¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL?

INGLÉS

ESPAÑOL

OTRO (especifique) _____

DESEA RECIBIR AVISOS EN:

INGLÉS SOLAMENTE

INGLÉS Y ESPAÑOL

SECCIÓN 3

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL 2.º NOMBRE _____

APELLIDO _____

ESTADO CIVIL _____

NÚM. DE TELÉFONO CÓDIGO DE ÁREA (____) _____

¿NÚM. DE CELULAR?

Sí

No

DIRECCIÓN _____

NÚM. APTO. _____

CIUDAD _____

CONDADO _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

DIRIGIR CORRESPONDENCIA A (LLENE SI SU
CORRESPONDENCIA DEBE IR DIRIGIDA A NOMBRE
DE OTRA PERSONA) _____

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA
ANTERIOR) _____

NÚM. APTO. _____

CIUDAD _____

CONDADO _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN SU DIRECCIÓN ACTUAL?

AÑOS _____

MESES _____

¿ES UN ALBERGUE?

SÍ

NO

OTRO TELÉFONO EN EL QUE SE LE PUEDA LOCALIZAR

NÚM. DE TELÉFONO CÓDIGO DE ÁREA (____) _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN ACTUAL _____

DIRECCIÓN ANTERIOR _____

NÚM. APTO. _____

CIUDAD _____

CONDADO _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

SI ACTUALMENTE NO TIENE HOGAR, MARQUE AQUÍ

AGENCIA QUE AYUDA AL SOLICITANTE/PERSONA DE CONTACTO _____

NÚM. DE TELÉFONO CÓDIGO DE ÁREA (____) _____

¿NECESITA QUE LA PARTE REFERENTE A MEDICAID DE ESTA SOLICITUD Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES?

SÍ

NO

SECCIÓN 4 – Si solicita SNAP:

Puede presentar la solicitud el mismo día en que la recibe. Para presentar una solicitud de SNAP, debe incluir, por lo menos, su nombre, dirección (si tiene una) y firma al pie. Debe concluir el proceso de solicitud, incluida la firma en la última página de la solicitud y ser entrevistado. Si reúne los requisitos, recibirá los subsidios SNAP retroactivos a la fecha en la que presentó la solicitud. Se le informará, dentro de un plazo de 30 días posteriores a la fecha en la

que registró (presentó) su solicitud de subsidios SNAP, si esta fue aprobada o denegada. Si su hogar cuenta con escasos ingresos o recursos en líquido o no cuenta con ninguno, o si sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos y recursos en líquido, puede ser apto para obtener subsidios SNAP dentro de un plazo de cinco días calendario contados a partir de la fecha en la que presenta la solicitud. Si usted es residente de una institución y solicita Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) y subsidios SNAP antes de dejar la institución, la fecha de presentación de la solicitud es la fecha en la que deja la institución.

FIRMA DEL SOLICITANTE DE SNAP O SU REPRESENTANTE **X**_____

FECHA DE FIRMA _____

SECCIÓN 5

¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES APLICA A SU CASO EN PARTICULAR?

1. Embarazada
2. Víctima de violencia doméstica

3. Necesita establecer la filiación
4. Necesita sustento de menores
5. Problemas de alcohol/drogas
6. Corte de combustible o servicios públicos
7. No tiene donde quedarse/Sin hogar
8. Incendio u otra catástrofe
9. No tiene ingresos
10. Problema médico grave
11. Orden de desalojo pendiente
12. No tiene comida
13. Necesita cuidado de crianza
14. Necesita cuidad de niños

15. Problemas con el idioma inglés

16. Adaptaciones razonables

17. Otro _____

Página Original 2

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

SECCIÓN 6 – INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR –

Enumere todas las personas que *viven* con usted, aunque no estén solicitando con usted. Ingrese sus datos en el primer renglón.

RI

LN 01

Primer nombre, inicial del 2.^o nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F/X) _____

Identidad de género (opcional): (Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Identidad diferente [describa]) _____

Parentesco con usted: **YO MISMO(A)**

Número de seguro social de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia (*Consulte el instructivo [PUB-1301 Statewide] o comuníquese con su distrito de servicios sociales*). _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona (inclusive los hijos menores de edad) compra alimentos o prepara comidas con usted?

Sí

NO

RI

LN 02

Primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F/X) _____

Identidad de género (opcional): (Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Identidad diferente [describa]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia (*Consulte el instructivo [PUB-1301 Statewide] o comuníquese con su distrito de servicios sociales*). _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona (inclusive los hijos menores de edad) compra alimentos o prepara comidas con usted?

SÍ

NO

RI

LN 03

Primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F/X) _____

Identidad de género (opcional): (Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Identidad diferente [describa]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia (*Consulte el instructivo [PUB-1301 Statewide] o comuníquese con su distrito de servicios sociales*). _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona (inclusive los hijos menores de edad) compra alimentos o prepara comidas con usted?

Sí

NO

RI

LN 04

Primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F/X) _____

Identidad de género (opcional): (Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Identidad diferente [describa]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia (*Consulte el instructivo [PUB-1301 Statewide] o comuníquese con su distrito de servicios sociales*). _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona (inclusive los hijos menores de edad) compra alimentos o prepara comidas con usted?

Sí

NO

RI

LN 05

Primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F/X) _____

Identidad de género (opcional): (Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Identidad diferente [describa]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia (*Consulte el instructivo [PUB-1301 Statewide] o comuníquese con su distrito de servicios sociales*). _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona (inclusive los hijos menores de edad) compra alimentos o prepara comidas con usted?

SÍ

NO

RI

LN 06

Primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F/X) _____

Identidad de género (opcional): (Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Identidad diferente [describa]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia (*Consulte el instructivo [PUB-1301 Statewide] o comuníquese con su distrito de servicios sociales*). _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona (inclusive los hijos menores de edad) compra alimentos o prepara comidas con usted?

Sí

NO

RI

LN 07

Primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F/X) _____

Identidad de género (opcional): (Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Identidad diferente [describa]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia (*Consulte el instructivo [PUB-1301 Statewide] o comuníquese con su distrito de servicios sociales*). _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona (inclusive los hijos menores de edad) compra alimentos o prepara comidas con usted?

Sí

NO

RI

LN 08

Primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F/X) _____

Identidad de género (opcional): (Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Identidad diferente [describa]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia (*Consulte el instructivo [PUB-1301 Statewide] o comuníquese con su distrito de servicios sociales*). _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona (inclusive los hijos menores de edad) compra alimentos o prepara comidas con usted?

SÍ

NO

ESCRIBA LOS APELLIDOS DE SOLTERA Y OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED O LOS MIEMBROS . DE SU GRUPO FAMILIAR HAN SIDO CONOCIDOS

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL 2.º NOMBRE _____

APELLIDO _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL 2.º NOMBRE _____

APELLIDO _____

Página Original 3

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

SECCIÓN 7 - RAZA/ORIGEN ÉTNICO –

El proporcionar esta información se hace de manera voluntaria. No afectará la elegibilidad de las personas que soliciten los subsidios ni el nivel de beneficios que

recibirán. Se solicita esta información para garantizar que los subsidios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color o nacionalidad.

H HISPANO O LATINO

I INDÍGENA NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA

A ASIÁTICO

B NEGRO O AFROAMERICANO

P INDÍGENA HAWAIANO O NATIVO DE LA POLINESIA

W BLANCO

U DESCONOCIDO (MA SOLAMENTE)

PARA CADA PERSONA EN LA SECCIÓN 6, INGRESE S (SÍ) SI ES HISPANO O LATINO.

PARA CADA PERSONA QUE SE ENUMERA EN LA SECCIÓN 6, INGRESE S (SÍ) SEGÚN LA RAZA QUE CORRESPONDA. PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA RAZA.

LN 01

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 02

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 03

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 04

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 05

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 06

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 07

H _____

I _____
A _____
B _____
P _____
W _____
U _____

LN 08

H _____
I _____
A _____
B _____
P _____
W _____
U _____

Página Original 4

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

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

SECCIÓN 8 – CIUDADANO/NO CIUDADANO CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

ENUMERE TODAS LAS PERSONAS QUE SOLICITAN O QUE ESTÁN OBLIGADAS A SOLICITAR.

Tiene que llenar las secciones 8 y 9 si usted:

- Solicita **solamente** Asistencia de Cuidado de Niños, pero tiene que llenar la información solo para los niños que recibirían los servicios de Cuidado de Niños.
- Solicita **solamente** Cuidado de Crianza, pero tiene que llenar la información solo para los niños que recibirían Cuidado de Crianza.
- Solicita otros Servicios bajo ciertas circunstancias.

SECCIÓN 9 - CERTIFICACIÓN

Algunos programas de servicios sociales requieren que usted certifique que es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano, nacional de Estados Unidos, o

inmigrante con situación migratoria satisfactoria. Otros programas no lo requieren.

Usted DEBE firmar la siguiente certificación solamente si usted es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano, nacional de Estados Unidos, inmigrante con situación migratoria satisfactoria **y** solicita:

- Asistencia Pública, o
- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, o
- Medicaid, o
- Asistencia de Cuidado de Niños (se necesita **solamente** la certificación del menor), o
- Cuidado de Crianza (se necesita **solamente** la certificación del menor), u
- Otros Servicios bajo ciertas circunstancias.
- Asistencia para Pagos de Emergencia

Un miembro adulto del grupo familiar o un representante autorizado pueden firmar en nombre de todos los miembros del hogar. Por ejemplo: Un padre/madre que no

tenga una situación migratoria satisfactoria puede firmar en nombre de su hijo(a) que sí tiene una situación migratoria satisfactoria.

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

LN 01

PRIMER NOMBRE _____

MI _____

APELLIDO _____

Marque “CIUDADANO/NACIONAL” o “NO CIUDADANO” para cada persona.

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE
EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO
(Si tiene uno) A _____

**FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA
SOLICITANTE.**

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla de los programas para los cuales cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 02

PRIMER NOMBRE _____

MI _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO/NACIONAL" o "NO CIUDADANO" para cada persona.

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si tiene uno) A _____

FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla de los programas para los cuales cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 03

PRIMER NOMBRE _____

MI _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO/NACIONAL" o "NO CIUDADANO" para cada persona.

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE
EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO
(Si tiene uno) A _____

**FIRME* Y FECHA LA CASILLA ABAJO PARA CADA
SOLICITANTE.**

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla de los programas para los cuales cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 04

PRIMER NOMBRE _____

MI _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO/NACIONAL" o "NO CIUDADANO" para cada persona.

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si tiene uno) A _____

FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla de los programas para los cuales cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 05

PRIMER NOMBRE _____

MI _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO/NACIONAL" o "NO CIUDADANO" para cada persona.

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si tiene uno) A _____

FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla de los programas para los cuales cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 06

PRIMER NOMBRE _____

MI _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO/NACIONAL" o "NO CIUDADANO" para cada persona.

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si tiene uno) A _____

FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla de los programas para los cuales cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 07

PRIMER NOMBRE _____

MI _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO/NACIONAL" o "NO CIUDADANO" para cada persona.

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si tiene uno) A _____

FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla de los programas para los cuales cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 08

PRIMER NOMBRE _____

MI _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO/NACIONAL" o "NO CIUDADANO" para cada persona.

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE
EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO
(Si tiene uno) A _____

**FIRME* Y FECHA LA CASILLA ABAJO PARA CADA
SOLICITANTE.**

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla de los programas para los cuales cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Al marcar una de las casillas anteriores y firmar la certificación en la Sección 9, por la presente certifico, so pena de perjurio, que yo y la(s) persona(s) en cuyo nombre firmo, soy/somos ciudadano(s) de Estados Unidos, indígenas norteamericanos o nacionales de Estados Unidos, o no ciudadanos con situación migratoria satisfactoria.

Comprendo que al firmar esta certificación, la información relativa a miembros del grupo familiar que solicitan asistencia puede someterse ante los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos con el propósito de verificar la situación de los no ciudadanos, si es pertinente.

El uso o la divulgación de los datos anteriores se limita a las personas y organizaciones que tengan una conexión directa con la verificación de la ciudadanía y con la administración o aplicación de las disposiciones de los programas de Asistencia Pública, Asistencia Nutricional Suplementaria, Medicaid, Asistencia de Cuidado de Niños, Cuidado de Crianza y Servicios.

***Si la persona que quiere firmar la certificación no puede escribir, puede hacer una “X” en la línea en**

presencia de un testigo. El testigo debe firmar a continuación.

He atestiguado las marcas escritas en las líneas:

_____, _____, _____, _____, _____, _____

Firma del testigo: _____

Fecha de firma: _____

Página Original 5

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

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

Si solamente solicita Asistencia de Cuidado de Niños, no está obligado a establecer una petición de sustento de menores y por lo tanto no tiene que llenar esta sección. Si solicita Medicaid además de Asistencia Pública o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, se le podrá solicitar que nos ayude a obtener soporte médico para usted y para los hijos que solicitan asistencia.

Responda las siguientes preguntas para poder determinar si necesita llenar esta sección. Inclúyase usted mismo(a), si es pertinente:

1. ¿Está solicitando asistencia para una persona menor de 21 años de edad que nació fuera del matrimonio o para quien la filiación legal no ha sido establecida?

Sí

No

2. ¿Está solicitando asistencia para una persona menor de 21 años de edad que tiene un padre/madre ausente (sin custodia)?

Sí

No

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

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

3. ¿Usted tiene menos de 21 años?

Sí

No

Si respondió “Sí” a esta pregunta, proporcione la siguiente información de sus padres sin custodia, putativos o intencionados:

A. NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE 21 AÑOS

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO

MES _____

DÍA _____

AÑO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO _____

B. NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE 21 AÑOS

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO

MES _____

DÍA _____

AÑO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO _____

C. NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE 21 AÑOS

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO

MES _____

DÍA _____

AÑO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO _____

D. NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE 21 AÑOS

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO

MES _____

DÍA _____

AÑO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO _____

E. NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE 21 AÑOS

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO

MES _____

DÍA _____

AÑO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE SIN
CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO _____

SECCIÓN 11 - SITUACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS / DEPENDIENTES –

Seleccione la situación tributaria de cada persona que vive en el hogar.

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN FISCAL

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON PERSONA APTA) _____

VIUDO(A) APTO(A) CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN FISCAL

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON PERSONA APTA) _____

VIUDO(A) APTO(A) CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN FISCAL

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON PERSONA APTA) _____

VIUDO(A) APTO(A) CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN FISCAL

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON PERSONA APTA) _____

VIUDO(A) APTO(A) CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN FISCAL

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____
CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO _____
CABEZA DEL HOGAR (CON PERSONA APTA) _____
VIUDO(A) APTO(A) CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN FISCAL

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON PERSONA APTA) _____

VIUDO(A) APTO(A) CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN FISCAL

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON PERSONA APTA) _____

VIUDO(A) APTO(A) CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

Dependientes tributarios que no viven en el hogar.

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

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SECCIÓN 12 – INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE AUSENTE/FALLECIDO –

Si el cónyuge de una de las personas que solicitan asistencia vive en otra parte o ha fallecido, indíquelo a continuación.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA
ASISTENCIA _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE _____

FECHA DE FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE, SI
CORRESPONDE _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE _____

DIRECCIÓN DEL CÓNYUGE, SI CORRESPONDE _____

CIUDAD _____

CONDADO _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

SECCIÓN 13 – INFORMACIÓN DE HIJOS AUSENTES –

Si alguna de las personas que solicitan asistencia tiene un hijo menor de 21 años de edad que vive en otra parte, indíquelo a continuación.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA
ASISTENCIA _____

NOMBRE DEL HIJO(A) AUSENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN DEL HIJO(A) (CALLE Y NÚMERO, CIUDAD,
CONDADO, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL) _____

¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?

Sí

No

¿PAGA USTED SUSTENTO DE MENORES?

Sí

No

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA
ASISTENCIA _____

NOMBRE DEL HIJO(A) AUSENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN DEL HIJO(A) (CALLE Y NÚMERO, CIUDAD,
CONDADO, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL) _____

¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?

Sí

No

¿PAGA USTED SUSTENTO DE MENORES?

Sí

No

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA
ASISTENCIA _____

NOMBRE DEL HIJO(A) AUSENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN DEL HIJO(A) (CALLE Y NÚMERO, CIUDAD, CONDADO, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL) _____

¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?

Sí

No

¿PAGA USTED SUSTENTO DE MENORES?

Sí

No

SECCIÓN 14 – INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

¿Hay algún padre o alguna madre menor de 18 años de edad (“padre/madre 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/madre adolescente _____

Página Original 7

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

SECCIÓN 15 – INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Indique si usted o alguien vive con usted recibe dinero de:

1. Seguro por Desempleo

Sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

2. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (total estatal y federal)

Sí

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

3. Seguro Social por Discapacidad (SSD)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

4. Subsidio de Dependiente del Seguro Social (SSD)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

5. Seguro Social de Sobreviviente

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

6. Pensión por Jubilación del Seguro Social

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

7. Retiro Ferroviario

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

8. Pensión por Jubilación (pensiones)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

9. Dividendos/Intereses sobre acciones, bonos, ahorros, etc.

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

10. Compensación laboral

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

11. Subsidios por Discapacidad del Estado de Nueva York

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

12. Pensiones de Veteranos/Subsidios/Ayuda y Atención

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

13. Subsidio de Asistencia Pública

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

14. Asignación de Dependiente GI

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

15. Becas o préstamos educativos

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

16. Contribuciones/Regalos (recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

17. Pagos por Mantenimiento de Cuidado de Crianza
(recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

18. Pagos de Sustento de Menores (recibidos)

Recibidos de: _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

19. Manutención conyugal (recibida)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

20. Seguro privado por discapacidad – Ingreso de Póliza de Seguro de Salud/por Accidente

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

21. Seguro de Responsabilidad sin Culpa

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

22. Prestaciones sindicales (incluidas las prestaciones por huelgas)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

23. Préstamos no educativos (recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

24. Ingresos de un fideicomiso (incluidos los ingresos que actualmente tiene derecho a recibir, o que tuvo derecho a recibir en el pasado, y que aún no han sido pagados)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

25. Asignaciones/Estipendios para capacitación

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

26. Ingresos por alquileres (recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

27. Ingresos de subarrendatarios/huéspedes (recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

Otros Ingresos (Especifique) _____

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

Otros Ingresos (Especifique) _____

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

Página Original 8

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

Si solicita Medicaid, llene la siguiente sección:

Deducciones: Ciertos métodos presupuestarios de Medicaid permiten que los solicitantes/beneficiarios reduzcan sus ingresos contables con deducciones aplicables a impuestos federales. Estos son gastos específicos que el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) permite que se deduzcan para reducir el ingreso gravable. Solamente ingrese deducciones en esta sección si usted piensa declarar

dichos gastos en la declaración de impuestos del año en curso.

1. Gastos de educador

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

2. Deducción por cuenta individual de jubilación (IRA)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

3. Deducción por intereses de préstamos estudiantiles

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

4. Colegiaturas y cuotas

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

5. Ciertos gastos de explotación (reservistas, artistas, funcionarios gubernamentales por honorarios)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

6. Deducción por cuenta de ahorros de salud

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

7. Gastos por mudanza relacionada con el trabajo

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

8. Parte deducible del impuesto por empleo independiente (S/E)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

9. Planes S/E, SIMPLE y otros planes aptos

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

10. Deducción por seguro de salud S/E

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

11. Sanción por retiro anticipado de ahorros

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

12. Pensión alimenticia pagada

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

13. Deducción por actividades productivas domésticas

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

14. Ajustes adicionales añadidos en la línea 36 (solo Formulario 1040 del IRS)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

15. Deducción MSA Archer

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

Otros ajustes (Especifique) _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

Otros ajustes (Especifique) _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

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

Responda todas las preguntas a continuación.

¿El padrastro/madrastra de cualquiera de los menores que viven con usted tiene recursos o recibe ingresos de algún tipo?

SÍ

NO

¿QUIÉN? _____

¿Algún miembro de su grupo familiar es un no ciudadano con situación migratoria satisfactoria que fue patrocinado para su admisión en Estados Unidos?

Sí

NO

¿QUIÉN? _____

NOMBRE DEL PATROCINADOR: _____

NÚM. DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

Página Original 9

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

SECCIÓN 17 - INFORMACIÓN LABORAL

1. Actualmente estoy:

empleado

autoempleado

desempleado

Ingresos brutos \$ _____

Horas trabajadas al mes _____

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

Pago:

Semanal

Quincenal

Mensual

Día de la semana que recibe el pago: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

N.º de teléfono _____

2. Alguna de las personas que viven con usted actualmente está:

empleado

autoempleado

Quién: _____

Ingresos brutos \$ _____

Horas trabajadas al mes _____

Pago:

Semanal

Quincenal

Mensual

Día de la semana que recibe el pago: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

N.º de teléfono _____

3. ¿Tiene disponible un seguro de salud por medio de su empleador?

Sí

No

¿Alguien que vive con usted tiene seguro de salud por medio de un empleador?

Sí

No

Quién: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

4. ¿Usted o alguien que vive con usted tiene gastos por cuidado de un menor o dependiente debido a su empleo?

Sí

No

Quién: _____

5. ¿Usted o alguien que vive con usted tiene otros gastos relacionados con el empleo?

Sí

No

Quién: _____

Página Original 10

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

6. Si no tiene empleo, ¿cuándo fue la última vez que trabajó usted o alguien que vive con usted?

Quién: _____

Cuándo: _____

Dónde: _____

¿Por qué dejó o dejaron de trabajar? _____

¿Usted o alguien que vive con usted han solicitado seguro por desempleo?

Sí

No

Si respondió Sí, ¿quién? _____

¿Cuándo?: _____

Situación de la solicitud:

Aprobada

Denegada

Pendiente

7. ¿Usted o alguien que vive con usted está participando en una huelga?

Sí

No

Quién: _____

Cuándo comenzó la huelga: _____

8. ¿Usted o alguien que vive con usted es migrante o trabajador agrícola por temporada?

Sí

No

Quién: _____

9. ¿Usted o algún otro adulto que vive con usted sufre de alguna afección médica que limite su capacidad para trabajar o el tipo de trabajo que puede realizar?

Sí

No

Quién: _____

Describa las limitaciones: _____

10. ¿Podría aceptar un empleo hoy?

Sí

No

Si no, ¿por qué? _____

11. ¿Que tipo de trabajo le gustaría hacer? _____

Página Original 11

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

SECCIÓN 18 – PREPARACIÓN ACADÉMICA/CAPACITACIÓN

1. ¿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)

Título de Licenciatura (4 años de universidad) o superior

2. ¿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 Sí, quién: _____

Título obtenido: _____

Fecha en la que terminó: _____

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

3. ¿Está o ha estado en algún programa de capacitación?

Sí

No

Quién _____

Dónde _____

Programa _____

Fechas en las que asistió _____

Fechas de finalización _____

4. ¿Tiene 16 años de edad o más y asiste a la escuela o la universidad?

Sí

No

Quién _____

Dónde _____

5. ¿Tiene menos de 16 años de edad y asiste a la escuela?

Sí

No

Quién _____
Escuela _____
Quién _____
Escuela _____
Quién _____
Escuela _____
Quién _____
Escuela _____

SECCIÓN 19 – INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

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

1. Dispone de dinero en efectivo

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

2. Tiene cuenta(s) corriente(s)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

3. Tiene cuenta(s) de ahorro o certificado(s) de depósito

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

4. Tiene cuenta(s) con alguna cooperativa de crédito
(unión)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

5. Tiene seguro de vida

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

6. 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 _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

7. Tiene acciones, bonos, certificados o fondos mutuos

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

8. Tiene bonos de ahorro

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

9. Tiene una cuenta de IRA, Keogh, 401(k) o cuenta(s) de remuneración diferida

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

10. Tiene un fondo fiduciario irrevocable para entierro

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

11. Tiene un fondo para entierro

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

12. Tiene un sitio para entierro

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

13. Tiene casa propia

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

14. Tiene bienes raíces, incluyendo propiedades que producen o no producen ingresos

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

15. Tiene derecho a un reembolso del impuesto sobre la renta

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

16. Tiene una anualidad

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

17. Es el beneficiario de un fondo fiduciario

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

18. Espera recibir algún fondo fiduciario, indemnización por alguna demanda, herencia o ingresos de cualquier otra procedencia

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

19. Tiene cuenta(s) en administración fiduciaria ("in trust")

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

20. Tiene caja(s) de seguridad

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

21. Tiene otros recurso además de los ya mencionados

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

22. ¿Alguien (incluido su cónyuge, incluso si no está solicitando asistencia o no vive con usted) ha donado dinero en efectivo o ha vendido o transferido un inmueble, ingreso o propiedad personal en los últimos 36 meses?

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

23. ¿Alguien (incluido su cónyuge, incluso si no está solicitando asistencia o no vive con usted) ha creado un fideicomiso en el pasado o transferido activos a una cuenta en fideicomiso durante los últimos 60 meses?

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

SECCIÓN 20 - INFORMACIÓN MÉDICA

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

1. Tiene facturas médicas o gastos relacionados con atención médica

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

2. Tiene Medicaid con reducción de gastos

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

3. Tiene seguro de salud o seguro hospitalario/contra accidentes (incluso seguros por parte del empleador)

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

N.º DE PÓLIZA: _____

MONTO: _____

FRECUENCIA OF PAGO: _____

4. Tiene seguro de salud disponible por medio de un empleador

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

A QUIÉN CUBRE: _____

FECHA DE VALIDEZ: _____

5. Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul)

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____
A QUIÉN CUBRE: _____
FECHA DE VALIDEZ: _____

6. Tiene un asistente de salud/asistente de salud en el hogar

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____
A QUIÉN CUBRE: _____
FECHA DE VALIDEZ: _____

7. Es ciego(a) o está enfermo(a) o incapacitado(a)

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

8. Es un menor con una discapacidad del desarrollo

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

9. Está en un hospital, geriátrico o en otra institución médica

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

10. Tiene facturas médicas, pagas e impagas, de los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

11. Tiene o tuvo una dependencia de drogas o alcohol

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

12. Necesita servicios de cuidado en el hogar o cuidado personal

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

13. Recibe SSI o alguna vez ha solicitado SSI

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

14. Está embarazada

Si está embarazada, fecha esperada de parto: _____

Número esperado de nacimientos: _____

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

15. Recibe tratamiento de un programa por abuso de drogas o alcohol

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

16. No ha podido trabajar por lo menos en 12 meses debido a una discapacidad o enfermedad

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

17. Tiene actividad diaria limitada debido a una discapacidad o enfermedad que ha durado o durará un mínimo de 12 meses

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

18. Ha sufrido un accidente automovilístico o laboral en los últimos dos años

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

19. Alguna agencia gubernamental (programa público), distinto a Medicaid o Medicare, paga alguna de sus facturas médicas

Si la respuesta es sí, ¿cuál agencia? _____

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

20. ¿Acaso el facturar otro seguro de salud pone en peligro su salud o integridad física o emocional, o interferirá con la privacidad y confidencialidad de su solicitud o su recepción de Medicaid?

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

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 al empleado o marque el 1-800-505-5678.

Nombre del plan al que se está afiliando _____

Apellido _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento mm/dd/aa _____

Sexo M/F/X _____

Núm. de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene) _____

Núm. de seguro social _____

Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud
(marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre y núm. de identificación del obstetra y ginecólogo (OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor actual)

Nombre del plan al que se está afiliando _____

Apellido _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento mm/dd/aa _____

Sexo M/F/X _____

Núm. de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene) _____

Núm. de seguro social _____

Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud (marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre y núm. de identificación del obstetra y ginecólogo (OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor actual)

Nombre del plan al que se está afiliando _____

Apellido _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento mm/dd/aa _____

Sexo M/F/X _____

Núm. de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene) _____

Núm. de seguro social _____

Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud
(marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre y núm. de identificación del obstetra y ginecólogo
(OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor actual)

Nombre del plan al que se está afiliando _____

Apellido _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento mm/dd/aa _____

Sexo M/F/X _____

Núm. de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene) _____

Núm. de seguro social _____

Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud
(marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre y núm. de identificación del obstetra y ginecólogo
(OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor actual)

SECCIÓN 21 - ALOJAMIENTO

¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU ARRENDADOR? _____

¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DE SU ARRENDADOR?

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

¿Usted o alguien que vive con usted tiene gastos de
alquiler, hipoteca, u otros gastos relacionados con el
alojamiento?

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

¿Usted o alguien que vive con usted paga calefacción adicional a su alquiler u otros gastos relacionados con el alojamiento?

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

Página Original 15

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

SECCIÓN 21 – ALOJAMIENTO (CONT.)

¿Usted o alguien que vive con usted paga los siguientes gastos adicionales al alquiler u otros gastos relacionados con el alojamiento?

1. Electricidad (para usos distintos a la calefacción; por ejemplo: luz, cocina, agua caliente, etc.)

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

2. Gas natural (para usos distintos a la calefacción; por ejemplo: cocina, agua caliente, etc.)

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

3. Agua

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

4. Aire acondicionado

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

5. Propano (para usos distintos a la calefacción)

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

6. Alcantarillado

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

7. Basura

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

8. Otros servicios y gastos

Especifique _____

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

9. ¿Vive en una vivienda pública?

SÍ

NO

10. ¿Vive en una vivienda de la Sección 8, de HUD o en alguna otra vivienda subsidiada?

SÍ

NO

11. ¿Vive en una institución para tratamiento por consumo de drogas o alcohol?

SÍ

NO

INFORMACIÓN ADICIONAL

SECCIÓN 22 - OTROS GASTOS

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

1. Paga sustento de menores

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

2. Paga manutención conyugal

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

3. Paga guardería

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

4. Paga por cuidado de dependientes

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

5. Paga colegiaturas, cuotas u otros gastos educativos

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

6. Tiene gastos adicionales (por ejemplo: pagos de automóvil, pagos del seguro automotriz, pagos de tarjeta de crédito, pagos de otros préstamos, etc.)

Especifique: _____

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$ _____

7. ¿Usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia deben al menos cuatro meses de manutención para un hijo menor de 21 años?

SÍ

NO

SECCIÓN 23 - INFORMACIÓN ADICIONAL

8. ¿Compra o planea comprar comidas de un servicio de entrega a domicilio o de un servicio comunitario?

SÍ

NO

9. ¿Puede cocinar o preparar comidas en casa?

SÍ

NO

10. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?

¿Quién? _____

SÍ

NO

11. ¿Su cónyuge ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?

SÍ

NO

12. ¿Algún miembro de su hogar es dependiente de alguien que sirve o ha servido en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?

¿Quién? _____

SÍ

NO

13. ¿ Usted o alguien que vive con usted recibe *actualmente* asistencia o servicios?

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

TIPO DE ASISTENCIA _____

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? _____

TIPO DE ASISTENCIA _____

14. ¿Usted o alguien que vive con usted recibió asistencia o servicios *en el pasado*?

SÍ

NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? (Incluya todos los nombres anteriores) _____

TIPO DE ASISTENCIA _____

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? (Incluya todos los nombres anteriores) _____

TIPO DE ASISTENCIA _____

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN? (Incluya todos los nombres anteriores) _____

TIPO DE ASISTENCIA _____

INFORMACIÓN ADICIONAL (CONT.)

¿Usted o alguien que vive con usted y que solicita asistencia se ha mudado a este condado desde otro condado del Estado de Nueva York en los últimos dos meses?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o alguien que vive con usted alguna vez ha sido declarado culpable o ha sido inhabilitado para recibir Asistencia Pública o para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) debido a fraude o infracciones intencionales al programa?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o alguien que vive con usted ha recibido beneficios a los que no tenía derecho y los cuales no han sido reintegrados en su totalidad a esta u otra agencia?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿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?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por recibir de manera fraudulenta subsidios SNAP por duplicado en otros Estados después del 22 de septiembre de 1996?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender subsidios SNAP por un monto total de \$500 o más después del 22 de septiembre de 1996?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar subsidios SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar está fugitivo con el fin de evitar un proceso penal, la custodia o el confinamiento tras ser condenado por un delito grave o por una tentativa de delito grave, y está siendo perseguido activamente por fuerzas policíacas?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar está infringiendo libertad condicional o libertad bajo palabra según una orden judicial?

SÍ

NO

QUIÉN _____

ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDADES

Yo he

Yo no he

vendido, traspasado ni cedido alguna propiedad mía a alguien más para adquirir subsidios de Asistencia Pública o SNAP.

Página Original 17

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

Esta página fue intencionalmente dejada en blanco

Página Original 18

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

NOTIFICACIONES, CESIONES, **AUTORIZACIONES y** **CONSENTIMIENTOS**

RECOPIACIÓN Y USO DE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL – Se autoriza la recopilación del Número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del grupo familiar con relación al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), según los términos de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (y sus enmiendas). Cualquier persona que solicite subsidios SNAP debe proporcionar un SSN para recibirlos. Si usted

u otro solicitante no cuenta con un SSN, dicha persona debe solicitar un SSN en la Administración de Seguro Social (visite el sitio web www.SSA.gov o llame al 1-800-772-1213).

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

La información que recopilemos se usará para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos o sigue cumpliendo con los requisitos necesarios para recibir asistencia o subsidios. Se utilizará esta información para comprobar su identidad, verificar los ingresos ganados y no ganados, determinar si los padres ausentes pueden recibir cobertura del seguro de salud para los solicitantes o beneficiarios, determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir asistencia para cónyuges o niños, así como para definir si los solicitantes o

beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Verificaremos esta información a través de programas informáticos de cotejo. Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento de las reglamentaciones del programa y para la gestión del 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 reciben subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP) (ver más adelante).

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

Los SSN de los miembros del grupo familiar que no reúnan los requisitos también se utilizarán y divulgarán de la forma descrita anteriormente.

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

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS –

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, esta institución que participa o administra programas del USDA tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o tomar represalias por participar en actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

El Estado de Nueva York prohíbe además la discriminación basada en la condición de transgénero, la disforia de género, el estado civil, la condición de militar, la condición de víctima de violencia doméstica, las condiciones relacionadas con el embarazo, las características genéticas predisponentes, los antecedentes de detención o condena, la condición familiar y las represalias por oponerse a prácticas discriminatorias ilegales.

La información del programa está disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra de gran tamaño, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja contra el programa por discriminación, el Demandante debe llenar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del Demandante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. La carta AD-3027 o el formulario completado debe enviarse por alguno de estos medios: 1) correo: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 2): fax al (833) 256-1665 o al (202) 690-7442; o 3) correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Si desea más información sobre cómo resolver cuestiones relacionadas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), llame al número de teléfono de la línea de ayuda de SNAP/USDA, (800) 221-5689, donde le atenderán en español, o llame a los números de Información y Ayuda de los Estados, los cuales se encuentran en línea en:

http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

CONSENTIMIENTO PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN – Acepto que se realicen

investigaciones con motivo de verificar o confirmar la información que he proporcionado en relación con mi solicitud para recibir Asistencia Pública (PA), Medicaid, subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar, Servicios o de Asistencia de Cuidado de Niños. Si me solicitan información adicional, la proporcionaré. También cooperaré enteramente con el personal federal y estatal en toda revisión de control de calidad de PA o SNAP.

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

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PERTINENTE AL SEGURO POR DESEMPLEO – Autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (DOL) a divulgar toda información confidencial que tenga referente al Seguro por Desempleo (UI) a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York (OTDA). Esta información incluye reclamos de beneficios del UI y registros salariales. Comprendo que la OTDA, junto con los empleados de las agencias locales y estatales que trabajan en las oficinas de distrito de servicios sociales, utilizarán la información referente al UI con motivo de establecer o verificar la elegibilidad y el monto de Asistencia Pública, Medicaid, subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar o Asistencia de Cuidado de Niños, tal como se solicitan en esta solicitud, y con motivo de realizar investigaciones destinadas a determinar si recibí subsidios a los que no tenía derecho. La OTDA también podría compartir la información con la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (OCFS) y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH). La OFCS usará la información para supervisar el programa de Asistencia de Cuidado de Niños.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A PROVEEDORES DE SERVICIOS

– Otorgo mi permiso al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para que compartan la información relacionada con los subsidios de Asistencia Pública y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria que hayamos recibido yo o cualquier miembro de mi grupo familiar 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, entre otros, los servicios de inserción laboral o capacitación proporcionados para ayudarme a mí o a los miembros de mi familia a obtener y conservar el empleo.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS EDUCATIVOS

– Otorgo mi permiso al Departamento de Salud del Estado de Nueva York y al distrito de servicios sociales para obtener toda información relacionada con los registros educativos míos o de mis hijos menores para los siguientes propósitos: 1) verificar mi elegibilidad para los subsidios de Asistencia Pública, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o Medicaid; 2) realizar revisiones o investigaciones que resulten de información

contradictoria proporcionada como parte del proceso de elegibilidad; 3) reclamar reembolsos de Medicaid por servicios educativos relacionados con la salud; y 4) proporcionar acceso a esta información a la agencia del gobierno federal correspondiente con el único propósito de realizar una auditoría.

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE RESIDENTES DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK – Si está solicitando

asistencia en la Ciudad de Nueva York, este consentimiento permitirá que la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York (NYCHA) comparta información sobre usted con la Administración de Recursos Humanos/Departamento de Servicios Sociales (HRA) de la Ciudad de Nueva York para ayudarlo a usted y a su grupo familiar a solicitar asistencia del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o asistencia en efectivo de la HRA, que puede incluir el pago de atrasos en el alquiler.

Si firma esta solicitud a continuación, la NYCHA puede compartir con la HRA información relevante a su elegibilidad o nivel de subsidios SNAP o subsidios de asistencia en efectivo, incluidos su nombre, dirección, fecha de nacimiento e información sobre el pago del

alquiler y servicios públicos (como el monto del alquiler mensual, el historial de pago del alquiler, el saldo del alquiler y las tarifas por electrodomésticos). Además, al firmar esta solicitud a continuación, declara que tiene la autoridad para dar su consentimiento en nombre de los niños menores que figuran en esta solicitud y autoriza a la NYCHA a compartir el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento de los menores con la HRA.

La HRA mantendrá la confidencialidad de toda información que la NYCHA comparta y solo podrá compartir la información con las agencias locales, estatales y federales que supervisan los programas de subsidios de asistencia en efectivo y SNAP de la HRA.

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

Si estoy solicitando Asistencia de Cuidado de Niños, acepto informar a la agencia **de inmediato** sobre cualquier cambio en los ingresos de la familia, en quién vive en mi hogar, en el empleo y en los arreglos para el

cuidado de menores, o de otros cambios que puedan afectar la continuidad de mi elegibilidad o el monto de mis subsidios.

Página Original 20

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

SANCIONES – Las leyes estatales y federales prevén sanciones de multa, prisión o ambas si usted no dice la verdad al solicitar Asistencia Pública, Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Servicios o Asistencia de Cuidado de Niños (“Asistencia, Subsidios o Servicios”) o cuando se le interrogue en referencia a su elegibilidad, o si hace que alguien más no diga la verdad con respecto a su elegibilidad y a la continuidad de su elegibilidad. También se aplican sanciones si usted oculta o no revela los hechos relativos a su derecho inicial y continuado a recibir Asistencia, Subsidios o Servicios, o si usted oculta o no revela los hechos que podrían afectar el derecho de alguien para quien usted ha solicitado obtener o continuar recibiendo Asistencia, Subsidios o Servicios. Si usted es un representante autorizado, dicha Asistencia, Subsidios o Servicios deben utilizarse para la otra persona y no para usted. Las leyes federales y estatales establecen que cualquier transferencia de activos por menos del valor justo de mercado realizada por un

individuo o su cónyuge, dentro de los 60 meses anteriores al primer día del mes en el que el individuo esté recibiendo los servicios de un centro de enfermería y haya presentado una solicitud de Medicaid, puede hacer que el individuo no sea elegible para los servicios de un centro de enfermería o los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad durante un período. Es ilegal obtener Asistencia, Subsidios o Servicios ocultando información o proporcionando información falsa.

SANCIONES DE DESCALIFICACIÓN RELATIVAS AL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL

SUPLEMENTARIA – Toda la información que proporcione en relación con su solicitud de subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) estará sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. De encontrarse información incorrecta, podría denegársele el subsidio SNAP. Usted podría estar sujeto a un proceso penal si proporciona intencionalmente información incorrecta que afecte su elegibilidad o el monto de sus subsidios. Toda persona que sea condenada por un delito grave por utilizar, transferir, adquirir, alterar o poseer intencionalmente tarjetas de autorización o dispositivos de acceso de SNAP puede recibir una multa de hasta \$250,000, ser

encarcelada hasta por 20 años, o ambas. La persona también puede estar sujeta a juicio bajo las leyes federales y estatales aplicables. Toda persona que esté violando una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra, y toda persona que esté prófuga con el fin de evitar un proceso penal, custodia o confinamiento por un delito grave y que sea buscada activamente por cuerpos policíacos, no es elegible para recibir subsidios SNAP.

Puede ser declarado no elegible para recibir SNAP, o puede determinarse que ha cometido una Violación Intencional del Programa (IPV, por sus siglas en inglés) si hace una afirmación falsa o engañosa, o si distorsiona, oculta o evita revelar hechos con el fin de calificar para recibir subsidios u obtener más subsidios; si compra un producto con subsidios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo descartando el producto y devolviendo el envase para cobrar el depósito; o si comete o intenta cometer un acto que constituya una violación de las leyes estatales o federales con el fin de utilizar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o comerciar con fondos de subsidios SNAP, con tarjetas de autorización o con documentos reutilizables que se utilicen como parte del sistema de Transferencia

Electrónica de Beneficios (EBT). Además, las siguientes acciones no están permitidas, y podría ser descalificado para recibir subsidios SNAP o estar sujeto a sanciones por acciones tales como:

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

Las personas que sean declaradas culpables de cometer una IPV, ya sea por medio de una audiencia de descalificación administrativa o por un tribunal federal, estatal o local, o que hayan firmado una renuncia a su derecho a una audiencia de descalificación administrativa 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 para la *primera* IPV de SNAP;
- 24 meses para la *segunda* IPV de SNAP;
- 24 meses por la *primera* IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que la persona utilizó o recibió subsidios de SNAP en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada (fármacos ilegales o ciertos fármacos para los que se requiere la receta de un médico); o
- 120 meses si se determina que la persona hizo una declaración fraudulenta respecto a quién es o dónde vive, con el objeto de obtener múltiples subsidios SNAP simultáneamente, a menos que esté descalificado permanentemente por una tercera IPV de SNAP.

Además, un tribunal puede impedir que una persona participe en SNAP durante un período adicional de 18 meses.

Una persona puede ser inhabilitada permanentemente de recibir subsidios SNAP por:

- La *primera* IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que la persona utilizó o recibió subsidios SNAP en una transacción que involucró la venta de armas de fuego, municiones o explosivos;
- La *primera* IPV de SNAP sobre la base de una condena judicial por el tráfico de subsidios SNAP por un monto total de \$500 o más (el tráfico incluye el uso, la transferencia, la adquisición, la alteración o la posesión ilegal de tarjetas de autorización o dispositivos de acceso de SNAP);
- La *segunda* IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que la persona utilizó o recibió subsidios 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 INFORMAR/COMPROBAR LOS GASTOS DEL HOGAR – Su grupo familiar debe informar los gastos de cuidado de niños y servicios públicos con el fin de recibir una deducción por parte del Programa de

Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por dichos gastos. Su hogar debe informar y comprobar los gastos de alquiler/hipoteca, los impuestos sobre la propiedad, los seguros, los gastos médicos y de sustento de menores que se pagan a una persona que no pertenece al hogar para obtener una deducción del SNAP por estos gastos. No informar/comprobar los gastos mencionados anteriormente será visto como una declaración de su hogar de que usted no quiere recibir una deducción por esos gastos no

Página Original 21

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

declarados/no verificados. Una deducción por estos gastos podría hacerlo elegible para recibir SNAP o podría incrementar sus subsidios SNAP. Puede informar/comprobar estos gastos en cualquier momento en el futuro. La deducción se aplicará entonces al cálculo de los subsidios SNAP para los meses futuros, según las normas vigentes sobre informe de cambios (vea Informe de Cambios, más arriba).

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA – Usted puede autorizar a alguien que

conozca la situación de su grupo familiar para que solicite los subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por usted. También puede autorizar a una persona que no pertenezca a su hogar para que solicite los subsidios SNAP por usted, o para que los utilice para comprar alimentos para usted. Si desea autorizar a alguien, debe hacerlo por escrito. Puede autorizar a alguien escribiendo a continuación con letra de molde el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona, quien debe firmar en la sección de firmas que se encuentra al final de esta solicitud. Cuando un representante autorizado solicita en nombre de una familia que recibe subsidios de SNAP y que no reside en una institución, tanto el representante autorizado como un miembro adulto responsable de la familia inscrita en SNAP deben firmar y fechar la sección de firmas en la parte final de esta solicitud, a menos que el hogar que recibe subsidios SNAP haya designado al representante autorizado por escrito para dicho fin.

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

ASIGNACIÓN ESTÁNDAR PARA SERVICIOS PÚBLICOS – Entiendo que los beneficiarios de Asistencia

Pública y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) reúnen categóricamente los requisitos de acuerdo a sus ingresos percibidos para el Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). También comprendo que, si no he recibido un beneficio de HEAP de más de \$20 en el mes actual o 12 meses anteriores, u otros beneficios similares de asistencia energética, debo pagar, de manera separada a la renta, cualquier gasto de calefacción, aire acondicionado o servicios públicos para recibir la asignación estándar (es decir, una deducción) para servicios públicos para calefacción/aire acondicionado para SNAP. Entiendo que el Estado usará mi número de seguro social para verificar con mis proveedores de energía doméstica si recibo beneficios del HEAP. Esta autorización también incluye el permiso para que cualquiera de mis proveedores de energía doméstica (incluida mi empresa de servicios públicos) publique cierta información estadística, incluyendo, entre otros, mi consumo anual de electricidad, el costo de electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York y al distrito de servicios sociales locales y al Departamento de Salud y Servicios

Humanos de los Estados Unidos con el fin de medir el rendimiento del Programa de Ayuda Energética 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, por parte de 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; por parte 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 por parte de mi plan de salud a otras personas u organizaciones, hasta donde sea razonablemente necesario para que mi plan de salud realice operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Autorizo la divulgación de toda la información de salud referente a mí, y a todos los miembros de mi familia para los que puedo otorgar

autorización legal, en relación con la prestación de asistencia y servicios y a mi capacidad para participar en actividades laborales, incluyendo el empleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York (OTDA), a la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, o al distrito local de servicios públicos, hasta donde sea razonablemente necesario para la prestación de beneficios de Asistencia Pública; para servicios, incluyendo servicios de bienestar infantil; para determinar la asignación apropiada de trabajos; para determinar la necesidad de solicitar y para solicitar subsidios de Seguridad de Ingreso Suplementario; para establecer los planes apropiados de tratamiento destinados a restaurar la capacidad de trabajar; y para determinar la elegibilidad de poder recibir exenciones del límite estatal de sesenta meses para la recepción de asistencia en efectivo. Si estoy obligado a solicitar subsidios 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 o 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 enumeradas abajo. 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 la 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

PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD – Autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir los datos con los proveedores de servicios de salud, según 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 sea elegible 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 ser elegibles.

Página Original 22

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

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 para recibir Medicaid de mi hijo(a) con el Programa de Intervención Temprana de mi condado o municipio con el objeto de 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, incluidos todos los tratamientos necesarios por medio del Programa de Salud de Niños y Adolescentes. Puedo obtener más información sobre este programa en el distrito de servicios sociales.

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

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS DE MEDICAID – Entiendo que tengo derecho, como parte de mi solicitud de Medicaid, o dentro del plazo de los dos años posteriores a la presentación de mi solicitud, de solicitar el reembolso de los gastos en los que incurrí por atención médica, servicios y suministros médicos cubiertos que recibí durante los tres meses previos al mes en que presenté la solicitud. Entiendo que, una vez presentada la solicitud, solo se tramitarán los reembolsos de gastos por atención médica, servicios y suministros médicos cubiertos si fueron adquiridos con proveedores afiliados a Medicaid.

CESIÓN DE SEGUROS/OTROS SUBSIDIOS Y PAGO DIRECTO – Con relación al programa de Asistencia Pública y Medicaid, acepto presentar todas las reclamaciones por prestaciones de seguros de salud y accidentes, y procesar todas las reclamaciones por

lesiones personales o cualquier otro recurso al que tenga derecho, y por este medio le cedo tales derechos en su totalidad al distrito de servicios sociales al que se presenta esta solicitud. Además, colaboraré en la puesta a disposición de los beneficios asignados al distrito de servicios sociales al que se dirige esta solicitud.

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

RECUPERACIÓN DE MEDICAID – Al afiliarse a Medicaid, podría aplicarse un gravamen y solicitarse la recuperación de su patrimonio inmobiliario bajo ciertas circunstancias, si se encuentra internado en una institución médica y se pronostica que no regresará 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 el que se prestaron los servicios médicos. MA también puede recuperar el costo de los servicios y las primas pagadas de manera incorrecta.

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

- No se aplicará ningún gravamen en mi patrimonio inmobiliario antes de mi muerte.
- La recuperación de los activos de mi patrimonio luego de mi muerte se limita al monto que Medicaid pagó por el costo del cuidado en un hogar de convalecencia, por servicios en el hogar y de base comunitaria, y por servicios relacionados con hospitales y medicamentos de prescripción recibidos a partir de cumplir los 55 años.

RECUPERACIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA – La Asistencia Pública (PA) que usted reciba y la que reciban las personas de las cuales usted es legalmente responsable de mantener, se puede recuperar por medio de los fondos que usted posea o que podría adquirir. Se podrán retener sus reembolsos tributarios y parte de las ganancias obtenidas en sorteos de lotería para pagar su deuda de PA.

AUTORIZACIÓN PARA REINTEGRAR LOS SUBSIDIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA CON PAGOS RETROACTIVOS DE SEGURIDAD DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS – Autorizo al comisionado de la

Administración del Seguro Social (SSA) a utilizar mi primer pago de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (es decir, mi pago retroactivo de SSI) para reembolsar al distrito local de servicios sociales (SSD) por la Asistencia Pública (PA) que el SSD me pague con fondos estatales o locales mientras la SSA decide si soy elegible para recibir SSI. La SSA no reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que se hubiera pagado con fondos federales.

Esta autorización sólo me obligará si el Estado notifica a la SSA que yo y un representante del SSD la hemos firmado. El Estado debe avisar en un plazo de 30 días calendario después de revisar mi expediente del SSI y compararlo con el del Estado. La SSA no aceptará un aviso que se envíe después de este plazo. Y, en cambio, la SSA enviará mi pago de SSI retroactivo siguiendo las reglas de la SSA.

Solo se puede utilizar mi primer pago de SSI. Si el primer pago es mayor al monto que se adeuda al SSD, la SSA me enviará el monto restante de acuerdo con sus normas.

La SSA puede reembolsar al SSD en dos situaciones:

1. Reembolsará el SSD si solicito el SSI y la SSA determina que cumplo con los criterios de elegibilidad.

2. Reembolsará al SSD si mis subsidios de SSI son devueltos después de haber sido cancelados o suspendidos

Página Original 23

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

La SSA solamente reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que me haya pagado durante el tiempo que estuve esperando la determinación de elegibilidad de la SSA. A esto se le denomina “asistencia temporal”. El período comienza: 1) con el primer mes en el que yo reúna los requisitos para recibir el pago de los subsidios del SSI; o 2) el primer día en que se restaure mi SSI después de haber sido suspendido o cancelado. El período incluye el mes en el que comienzan los pagos del SSI. Si el SSD no puede detener mi último pago de Asistencia Pública, el período finaliza el mes siguiente.

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

De acuerdo con sus normas, la SSA puede utilizar la fecha en la que firmo esta autorización como la fecha en la que soy elegible para recibir el SSI por primera vez. Solo lo hará si solicito el SSI en los próximos 60 días.

Esta autorización aplica a toda solicitud o apelación de SSI que tenga pendiente actualmente ante la SSA. Esta autorización finaliza si mi caso de SSI se resuelve por completo. 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 de acuerdo con las normas del Estado de Nueva York si vuelvo a solicitar el SSI después de que esta autorización termine, o si presento una nueva reclamación de SSI mientras aún tengo pendiente una solicitud o apelación de SSI.

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

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

MANUTENCIÓN – La solicitud o la recepción de Asistencia para Familias (FA), Asistencia Red de

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

CESIÓN DE DERECHOS DE SUSTENTO – Entiendo que se me proporcionará el formulario LDSS-5145, “Derivación para servicios de sustento de menores”, para completar y devolver a la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores. Excepto en situaciones de violencia doméstica u otra buena causa, como condición para obtener asistencia, entiendo que debo cooperar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores para localizar a cualquier padre sin custodia, presunto o intencionado; establecer la filiación legal de cada individuo menor de 21 años nacido de padres no casados; y establecer, modificar o hacer cumplir órdenes de manutención. También entiendo que se me proporcionará el formulario LDSS-4279, “Aviso sobre deberes y

derechos de sustento”, que explica mis responsabilidades y derechos si no coopero con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores.

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

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA EL HOGAR – Entiendo que al firmar esta solicitud/certificación, consiento a que se realice una investigación con el fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, así como otras investigaciones por parte de agencias gubernamentales autorizadas en relación con los subsidios del Programa de

Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). También doy mi consentimiento para permitir que la información provista en esta solicitud se use en derivaciones a los programas de asistencia para climatización disponibles y a los programas para personas de bajos ingresos de mi compañía de servicios públicos.

Entiendo que el Estado usará mi número de seguro social para verificar con mis proveedores de energía doméstica si recibo beneficios del HEAP. Esta autorización también incluye el permiso para que cualquiera de mis proveedores de energía doméstica (incluida mi empresa de servicios públicos) publique cierta información estadística, incluyendo, entre otros, mi consumo anual de electricidad, el costo de electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York y al distrito de servicios sociales locales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos con el fin de medir el rendimiento del Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Ingresos.

INFORMACIÓN SOBRE AGRESIÓN SEXUAL – Si usted es una víctima de agresión sexual, tiene derecho a

solicitar información sobre derivaciones al distrito de servicios sociales. Si solicita información sobre derivaciones, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle las direcciones y los números de teléfono de todos los: 1) hospitales locales que ofrezcan servicios de examen forense de agresiones sexuales certificados por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York; 2) centros locales de crisis por violación; y 3) servicios locales de defensa, asesoramiento y líneas telefónicas directas apropiadas para las víctimas de agresiones sexuales. Además, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle los números de la línea directa del Estado de Nueva York para casos de agresión sexual y violencia doméstica: (800) 942-6906 y (800) 818-0656 (TTY).

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

Página Original 24

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

He leído y entiendo las notificaciones mencionadas arriba. Entiendo y acepto las cesiones, autorizaciones y los consentimientos mencionados arriba. Juro o

afirmo so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito de servicios locales está completa y es exacta.

FIRMA DEL SOLICITANTE x _____

FECHA DE FIRMA _____

**FIRMA DEL CÓNYUGE O REPRESENTANTE
PROTECTOR x _____**

FECHA DE FIRMA _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO x _____

FECHA DE FIRMA _____

**SOLAMENTE LLENE LA SIGUIENTE
SECCIÓN SI QUIERE RETIRAR SU
SOLICITUD PARA UNO O MÁS
PROGRAMAS.**

Consiento en *retirar* mi solicitud de:

Asistencia Pública (PA)

Cuidado de Niños en lugar de PA

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Medicaid y SNAP

Medicaid y PA

Servicios, incluidos el Cuidado de Crianza

Asistencia de Cuidado de Niños

Solo Asistencia de Emergencia

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

FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE

AUTORIZADO x _____

FECHA DE FIRMA _____

LDSS-2921 SP LP Statewide SP (Rev. 07/23)

Esta página fue intencionalmente dejada en blanco



THE GREAT SEAL OF THE STATE OF NEW YORK

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** de abajo

NO, porque opté por no registrarme **O**

Ya estoy registrado para votar 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 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683
으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683
নম্বরে ফোন করুন

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

Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1. ¿Es usted ciudadano de los EE. UU.?

SÍ

NO

Si su respuesta es **NO**, no complete este formulario.

2. A. ¿Tendrá 18 años el día de las elecciones o antes?

SÍ

NO

B. ¿Tiene al menos 16 años y entiende que debe tener 18 años el día de las elecciones o antes para votar y que, hasta que tenga 18 años al momento de dichas elecciones, su registro dirá “pendiente” y no podrá emitir ningún voto en ninguna elección?

SÍ

NO

Si respondió **NO** a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.

For Board Use Only

3. Apellido _____
Primer Nombre _____
Inicial del segundo nombre _____
Sufijo _____
4. Dirección donde vive (no proporcione un apartado postal) _____
N.º de apto. _____
Ciudad/Pueblo/Aldea _____
Código postal _____
Condado _____
5. Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior) _____

P.O. Box, Star Route, etc. _____

Oficina de correos _____

Código postal _____

6. Fecha de nacimiento _____

7. Sexo (opcional) _____

8. Teléfono (opcional) _____

Correo electrónico (opcional) _____

9. **Número de identificación** (marque la casilla que corresponda e indique su número)

Número del DMV del estado de Nueva York _____

Últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social _____

No tengo un número del DMV ni de Seguridad Social del estado de Nueva York

10. Año en que votó por última vez _____

Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____

En el condado/estado _____

Con el nombre (si es diferente de su nombre actual)

11. **Partido político**

Deseo afiliarme a un partido político

- Partido Demócrata
- Partido Republicano
- Partido Conservador
- Partido de Familias Trabajadoras
- Otro _____

No quiero afiliarme a ningún partido político y deseo ser un votante independiente

- Ningún partido

12. Declaración jurada: Juro o declaro que:

- soy ciudadano de los Estados Unidos;
- habré residido 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 abajo es de mi puño y letra;
- la información anterior es verdadera. Entiendo que, de no serlo, me pueden condenar y multar con hasta \$5,000 o encarcelar por hasta cuatro años.

Firma o marca en tinta _____

Fecha _____



DONATE LIFE

New York State

(Opcional) Inscríbese para donar sus órganos y tejidos

Apellido _____

Primer Nombre _____

Inicial del segundo nombre _____

Sufijo _____

Dirección _____

N.º de apto. _____

Ciudad/Pueblo/Aldea _____

Código postal _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo

M

F

Color de ojos _____

Estatura

_____ pies

_____ pulgadas

Correo electrónico _____

Número del DMV o de id. de NYC _____

Con su firma abajo, usted certifica que:

- 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 otros hospitales autorizados por el

comisionado de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.

Firma _____

Fecha _____

NVRA Rev. 05/04/2021

Calificaciones para el registro

Puede usar este formulario para:

- 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;
- registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18);

- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- no estar en prisión condenado por un delito grave;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar; y
- 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 registrarse será confidencial y se utilizará exclusivamente para fines del registro de votantes. La decisión de toda persona de no registrarse para votar o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para los fines del registro de votantes.

Verificación de identidad

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

Si no tiene número del DMV o de Seguridad Social, puede usar una identificación válida con foto, 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 antes votó con un nombre diferente, escriba ese nombre. De lo contrario, escriba “El mismo”.

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