

ESTADO DE NUEVA YORK

CÓMO LLENAR LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN PARA ASISTENCIA TEMPORAL (TA) – ASISTENCIA MÉDICA (MA) PROGRAMA DE AHORROS MEDICARE (MSP) CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)

Cuando vea la palabra «Asistencia Temporal» o «TA» en la solicitud de recertificación, nos estamos refiriendo a «Asistencia para Familias» y «Asistencia Red de Seguridad». Ambos programas de asistencia pública reciben la denominación de «Asistencia Temporal». Los programas de servicios sociales se crearon para brindar ayuda temporal a las personas necesitadas. Actualmente, ciertos programas limitan el tiempo durante el cual usted puede recibir ayuda. Es importante que logre la autosuficiencia lo más pronto posible. La oficina local del departamento de servicios sociales está disponible para ayudarle con la meta de poder valerse por sí mismo. Para brindarle ayuda, debemos saber quién es usted y qué necesita. Por tal motivo se le pide rellenar la solicitud de recertificación. La solicitud nos ayudará a recopilar los siguientes datos:

- Quién es usted
- Dónde vive
- Su situación de vivienda
- Cómo le podemos ayudar

Las instrucciones y la solicitud de recertificación están enumeradas por secciones, de modo que facilite su lectura. De ser necesario, puede escribir sobre los números.

- FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE
- NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS
- RELLENE TODAS LAS SECCIONES PERTINENTES A SU CASO
- SI ESTÁ PRESENTANDO LA RECERTIFICACIÓN COMO REPRESENTANTE DE OTRA PERSONA, SÍRVASE RELLENAR LA SOLICITUD CON LOS DATOS DE ÉSA PERSONA, Y NO CON LOS SUYOS
- SI USTED SUFRE DE UNA IMCAPACIDAD QUE LE IMPIDE RELLENAR ESTA SOLICITUD O PRESENTARSE A LA ENTREVISTA, FAVOR DE COMUNICÁRSELO A LA RECEPCIONISTA. LA AGENCIA HARÁ TODO LO POSIBLE POR AYUDARLE.

CESE: SI YA NO NECESITA LA ASISTENCIA QUE RECIBE, COMUNÍQUESELO A LA PERSONA QUE TOMA SUS DATOS.

Además de la LDSS-3174-SP «Solicitud de Recertificación», debe recibir los siguientes folletos:

- **LDSS-4148A-SP:** «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades»
- **LDSS-4148B-SP:** «Lo que usted debe saber sobre los programas de Servicios Sociales»
- **LDSS-4148C-SP:** «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia»

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

<p>1</p> <p><u>PROGRAMAS:</u></p>	<p>Marque así (✓) el casillero correspondiente a CADA programa al cual usted o un miembro de su hogar desee presentar una recertificación. Debido a la reforma al bienestar social, una solicitud de recertificación para Asistencia Temporal ya no es automáticamente una recertificación para Asistencia Médica. Si desea presentar una recertificación para ambos programas, Asistencia Temporal y Asistencia Médica, marque (✓) el casillero Asistencia Temporal y Asistencia Médica. Si desea solicitar una recertificación para el Programa de Ahorros Medicare, marque (✓) el casillero Programa de Ahorros Medicare. Los siguiente programas forman parte de Asistencia Médica: Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A, Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados y el Programa de Planificación Familiar. Si desea reanudar la cobertura de alguno de esos programas, marque (✓) la casilla de Asistencia Médica.</p> <p>Si está presentando una recertificación de Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos, y/o Asistencia Médica, normalmente se le pedirá presentarse a una sola entrevista. Si solamente solicita una recertificación de Asistencia Médica, una entrevista no será necesaria.</p>
<p>2</p> <p><u>DESEA RECIBIR AVISOS EN: INDIQUE SU IDIOMA PRINCIPAL:</u></p>	<p>Marque (✓) el casillero «español e inglés» o «inglés solamente».</p> <p>Marque (✓) el casillero inglés o español o el casillero «otro» e indique su idioma principal.</p>
<p>3</p> <p><u>DATOS DEL BENEFICIARIO</u></p> <p>NOMBRE:</p> <p>ESTADO CIVIL:</p> <p>NÚMERO DE TELÉFONO:</p> <p>DOMICILIO DE RESIDENCIA:</p> <p>NOMBRE DE QUIEN RECIBE SU CORRESPONDENCIA:</p> <p>DOMICILIO POSTAL:</p> <p>AGENCIA QUE AYUDA AL BENEFICIARIO:</p> <p>DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO VIVE EN EL DOMICILIO ACTUAL:</p>	<p>Escriba en LETRA DE MOLDE su nombre legal completo: primer nombre, inicial de segundo nombre y apellido.</p> <p>Indique en LETRA DE MOLDE si actualmente usted es soltero(a), casado(a), viudo(a), legalmente separado(a) o divorciado(a).</p> <p>Escriba el número de teléfono de su domicilio, incluya el código de área.</p> <p>Escriba en LETRA DE MOLDE el número de la casa y el nombre de la calle, avenida, camino, etc., donde vive.</p> <p>Apartamento Nº: Escriba el número de su apartamento.</p> <p>Ciudad: Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la ciudad donde vive.</p> <p>Condado: Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del condado donde vive.</p> <p>Estado: Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del Estado donde vive.</p> <p>Código Postal: Escriba el código postal correspondiente a su domicilio.</p> <p>Si otra persona recibe su correspondencia, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de esa persona.</p> <p>Si usted recibe su correspondencia en una dirección distinta de su domicilio, escriba en LETRA DE MOLDE esa dirección en este espacio.</p> <p>Si una agencia le está ayudando con su recertificación, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de dicha agencia, la persona de la agencia que le está ayudando y el número de teléfono de dicha persona.</p> <p>Indique el número de años y/o meses que lleva viviendo en el domicilio actual.</p>

DATOS DEL BENEFICIARIO (CONTINUACIÓN)

- OTRO N° DE TELÉFONO:** Si se le puede contactar al número de teléfono de otra persona, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre y número de teléfono de dicha persona. Si usted trabaja, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre y número de teléfono de su empleador.
- INDICACIONES PARA LLEGAR A SU CASA:** Escriba en LETRA DE MOLDE las instrucciones cómo llegar a su casa. Utilice lugares conocidos como referencia.
- DOMICILIO ANTERIOR:** Escriba en LETRA DE MOLDE dónde vivió antes de trasladarse a su domicilio actual.

4

BENEFICIARIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS:

Usted tiene derecho de presentar la solicitud de recertificación de Cupones para Alimentos, durante las horas de oficina el mismo día que recibe la solicitud. Debemos aceptar su solicitud si, por lo menos, contiene su nombre, domicilio (si tiene uno) y firma. Sin embargo, para poder hacer una determinación en cuanto a si puede o no recibir cupones, tendrá que llenar toda la solicitud.

5

¿ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES APLICA A SU CASO EN PARTICULAR?

Marque (✓) CADA UNA de las situaciones que aplique a su caso en particular.

PÁGINAS 2 Y 3 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN**INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

INDIQUE EL NOMBRE DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO UNA RECERTIFICACIÓN CON USTED. Escriba, primero, en LETRA DE MOLDE su nombre completo. Luego escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de las demás personas que viven con usted.

- Marque (✓) el/los tipo(s) de asistencia para los cuales cada persona está solicitando una recertificación: Asistencia Temporal (TA), Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA), y/o Programa de Ahorros Medicare (MSP).

NOTA: si usted está solicitando una recertificación para MSP, rellene todas las secciones de MA.

- Escriba EN LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES la fecha de nacimiento y el sexo de **cada una** de las personas que somete una recertificación.
- Por cada persona que somete una recertificación, escriba en LETRA DE MOLDE el parentesco con usted (por ejemplo: esposa, hijo, hijo(a) de crianza, amigo(a), compañero(a) de habitación, pensionista, etc.).
- Escriba en NÚMEROS LEGIBLES el número de seguro social de cada persona, **a menos que dicha persona:**
 - no esté presentando una recertificación de ningún tipo; o
 - esté embarazada y esté presentando una recertificación **sólo** para Asistencia Médica.
- **Último grado de educación alcanzado:** indique el último año de escolaridad alcanzado (1 al 12) por cada persona que presenta una recertificación de asistencia. Si son más de 12 años de estudio, escriba 13. Si no recibió educación formal, escriba 0. Si está sometiendo una recertificación **sólo** para Asistencia Médica, no tiene que contestar esta pregunta.
- **Compra o preparación de comidas:** es importante que marque (✓) SÍ o NO a la pregunta que lee: « ¿compra alimentos o prepara comidas con usted esta persona (inclusive sus hijos menores)? » por cada una de las personas que vive con usted. En algunos casos, las personas que compran y preparan alimentos por separado pueden recibir un monto mayor de cupones.

6

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (continuación)

- **Raza / Grupo étnico:** debe rellenar esta sección por cada una de las personas que solicita una recertificación. Indique **SÍ** o **NO** si usted es de origen hispano o latino; además, escriba la letra que mejor refleje su origen racial. Estos datos los exige el gobierno federal. Si no suministra esos datos, el entrevistador de la agencia someterá los datos basándose en lo que observa.

Si presenta una recertificación **sólo** para Asistencia Médica, puede rellenar esta sección si lo desea. Si no lo hace, el entrevistador de la agencia someterá los datos en base a lo que observe.

PÁGINA 2 DE LA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**7 INFORMACIÓN SOBRE OTROS NOMBRES**

Escriba en **LETRA DE MOLDE** el nombre de soltera, nombre por matrimonio anterior, u otros nombres que alguna de las personas de la lista anterior haya utilizado o utilice en la actualidad.

8 CAMBIO EN EL NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR

Rellene esta sección si alguna persona se ha **incorporado** o **retirado** del hogar durante el último año.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE**

Rellene esta sección si está presentando una recertificación de **Asistencia Médica, Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos**.

NOTA: NO TIENE que rellenar esta certificación si usted está solicitando **solamente** una recertificación de **Asistencia Médica** y

- está embarazada, o
- no es **ciudadano o nacional estadounidense, ni indígena norteamericano o inmigrante con situación migratoria aprobada**. El término «situación migratoria aprobada» significa que el estado migratorio de la persona no le impide reunir los requisitos de los programas correspondientes. Si tiene alguna pregunta sobre su situación migratoria, consulte la publicación LDSS-4148B-SP: «Lo que usted debe saber sobre los programas de Servicios Sociales» o hable con la persona a cargo de su caso.

NOTA: DEBE rellenar esta sección si usted está:

- Presentando una recertificación de Asistencia Médica **solamente**, aunque no tiene que incluir las personas que no solicitan Asistencia Médica.

CERTIFICACIÓN DE LOS DATOS DE SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE

Si presenta una recertificación de **Asistencia Médica, Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos**, debe rellenar y firmar esta certificación escrita sobre su ciudadanía o situación migratoria aprobada.

NOTA: el término «situación migratoria aprobada» significa que la condición de inmigrante de la persona, no impide que reúna los requisitos de los programas correspondientes. Si tiene preguntas sobre su condición migratoria, consulte la publicación LDSS-4148B-SP: «Lo que usted debe saber sobre los programas de Servicios Sociales» o hable con la persona a cargo de su caso.

NOTA: NO TIENE que firmar esta certificación si usted está presentando **solamente** una recertificación de **Asistencia Médica** y

- Usted está embarazada, o
- Usted no es **ciudadano o nacional estadounidense, ni indígena norteamericano o inmigrante con situación migratoria aprobada**.

CERTIFICACIÓN DE LOS DATOS DE SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE (continuación)

NOTA: Usted **DEBE** firmar esta certificación solamente si usted es **ciudadano o nacional estadounidense, indígena norteamericano o inmigrante con situación migratoria aprobada** y somete una recertificación para los siguientes servicios:

- Asistencia Temporal (cuando hay niños en el hogar o mujeres embarazadas); o
- Cupones para Alimentos; o
- Asistencia Médica (salvo si la solicitante está embarazada); o
- Programa de Ahorros Medicare.

Todas las personas que soliciten una recertificación de estos beneficios, aparte de las excepciones mencionadas arriba, deberán firmar e incluir la fecha de la firma.

10

- Un miembro adulto del hogar o un representante autorizado puede firmar por todos los miembros del hogar que estén solicitando una recertificación.
- Si entre los miembros que solicitan una recertificación, hay una persona menor de 18 años de edad (o tiene 18 años o más pero no puede firmar debido a un impedimento médico o por incapacidad), otro miembro del hogar de 18 años de edad o mayor deberá firmar por él / ella.

NOTA: si está sometiendo la solicitud en nombre de otra persona debe firmar *su propio* nombre y no el de la persona por quien somete el formulario. **Por ejemplo:** si *Maria*, firma en nombre del niño Juan, deberá firmar como *Maria*.

Un padre / madre que no tenga una situación migratoria aprobada, puede firmar a favor de los hijos que sí tiene una situación migratoria aprobada. **Por ejemplo:** una madre que no tenga una situación migratoria aprobada, puede firmar la certificación a favor de los hijos ciudadanos estadounidenses.

AVISO

No debe firmar esta declaración por usted o por otra persona que no sea ciudadano(a) o nacional de Estados Unidos, indígena norteamericano o inmigrante con un estado migratorio aprobado. Las personas que no sean ciudadanas estadounidenses y que no tengan un estado migratorio aprobado, no habilitan para recibir Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos o Asistencia Médica (salvo la Asistencia Médica para mujeres embarazadas o cobertura de Asistencia Médica ÚNICAMENTE para tratamiento de una condición médica de emergencia). Es posible que tampoco habiliten para recibir ciertos servicios.

Es posible que sometamos a verificación, ante la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (USCIS – siglas en inglés), el estado migratorio de uno o de todos los miembros del hogar que someten una solicitud de recertificación de los programas de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos (o servicios). Los datos que recibamos de la oficina de USCIS puede afectar la habilitación y la cantidad de beneficios que reciba el hogar.

PÁGINA 5 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN**INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE / LA MADRE NO CUSTODIO / SUSTENTO DE MENORES / AYUDA CON GASTOS MÉDICOS**

Si usted está sometiendo una recertificación para Asistencia Temporal, Asistencia Médica o el Programa de Ahorros Medicare, rellene esta sección si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso en particular:

11

1. Usted o alguna de las personas que vive con usted está embarazada y el padre del niño(a) por nacer vive en otro lugar.
2. Usted está sometiendo una recertificación a favor de una persona menor de 21 años de edad y el padre / madre de esa persona vive fuera del hogar.
3. Usted es menor de 21 años de edad y sus padres no viven con usted.

NOTA: no es necesario que conteste esta sección si usted está sometiendo una recertificación solamente de Asistencia Médica y usted está embarazada, dio a luz en los últimos dos meses, o está sometiendo una recertificación solamente para los hijos menores de 21 años de edad. Si desea petitionar ayuda médica del padre no custodio, debe llenar esta sección.

INFORMACIÓN SOBRE EL / LA CÓNYUGE AUSENTE / FALLECIDO(A)

12 Si usted somete una recertificación de Asistencia Temporal, Asistencia Médica o el Programa de Ahorros Medicare, rellene esta sección. Si alguno de los solicitantes de una recertificación está casada(o) y el esposo(a) *no vive* con él / ella, rellene esta sección lo mejor que pueda. Si no sabe el domicilio actual de la persona en cuestión, escriba en LETRA DE MOLDE el último domicilio conocido.

INFORMACIÓN SOBRE HIJOS AUSENTES

13 Si usted somete una recertificación de Asistencia Temporal, Asistencia Médica o el Programa de Ahorros Medicare, rellene esta sección. Si alguna de las personas que solicita una recertificación tiene un hijo(a) menor de 18 años de edad viviendo en otro lugar, favor de escribir el nombre de los padres y del niño.

INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

14 Debe rellenar esta sección **solamente** si solicita una recertificación de Asistencia Temporal. Si hay padres adolescentes menores de 18 años de edad en el hogar y estos solicitan una recertificación, escriba sus nombres. Si el hijo(a) del padre / madre adolescente vive en el hogar, escriba el nombre del niño(a).

PÁGINA 6 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

15 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) o para todas las personas que viven con usted. Por cada respuesta afirmativa, indique la cantidad o valor en dólares (\$) y escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la persona que recibe el ingreso.

NOTA: Cuidado de Crianza y Cupones para Alimentos: puede elegir incluir al menor en cuidado de crianza o adulto que forma parte del hogar que recibe cupones. Si elige hacerlo, los pagos que recibe por cuidado de crianza **no** se tomarán en cuenta. Los ingresos y recursos asociados con el niño de crianza sí se tomarán en cuenta. Si tiene preguntas al respecto, hable con la persona a cargo de su caso.

INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO / MADRASTRA / PATROCINADOR DE INMIGRANTE

16 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a), para su cónyuge y para todas las personas que someten una recertificación de asistencia. Por cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la persona a la que se refiere la respuesta.

PÁGINA 7 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN LABORAL

Rellene esta página con sus datos y con los de aquellas personas que someten una recertificación.

17 **NOTA:** aunque tenga un empleo, es posible que reúna los requisitos de Asistencia Temporal, de Asistencia Médica o de otros programas de atención de la salud y/o de Cupones para Alimentos, como también ayuda con los gastos de cuidado de niños.

PÁGINA 8 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN**INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN**

18

Rellene esta página con sus datos y los de aquellas personas que someten una recertificación. No se olvide contestar la pregunta sobre la escuela a la que asisten sus hijos.

NOTA: si está sometiendo una recertificación sólo para Asistencia Médica, no es necesario llenar esta página.

PÁGINA 9 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN**INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS**

Marque (✓) SÍ o NO a cada pregunta en cuanto a sus datos personales y los de aquellas personas que someten una recertificación. Por cada respuesta afirmativa, indique la cantidad en dólares (\$) o el valor, y escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la persona que tiene el recurso. **No olvide listar toda tenencia conjunta.** Todo beneficiario de Asistencia Temporal y Asistencia Médica deberá responder las preguntas sobre los **familiares legalmente responsables. Estas son las personas que, por ley, tienen la obligación de mantenerle económicamente, tal como** su cónyuge, y si es menor de 21 años de edad, sus padres o padrastros o tutores que viven con usted.

NOTA: **no tiene** que llenar esta sección:

- Si está sometiendo una recertificación **solamente** para Asistencia Médica para hijos menores de **19** años de edad o usted está embarazada.
- Si somete una recertificación **solamente** para cupones, **no tiene** que responder a la pregunta sobre seguro de vida.

19

Otros recursos aparte de los mencionados arriba: incluya bienes tales como: casas de campo, vehículos para acampar, motos para la nieve, barcos, etc.

NOTA: es muy importante informarle de inmediato a la persona a cargo de su caso si recibe o espera recibir una suma global de dinero. Una suma global es un pago único, tal como una compensación de una compañía de seguros, una herencia, una indemnización proveniente de una demanda o un premio de la lotería. Consulte la publicación LDSS-4148A-SP: «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades» si desea más información sobre sumas globales.

NOTA: si usted o su cónyuge transfieren o donan algún bien dentro de los 36 meses (60 meses en los casos de transferencias a un fideicomiso) previos al primer día del mes en el que usted recibe servicios institucionalizados de enfermería, y solicita Asistencia Médica, es posible que no reúna los requisitos necesarios para recibir servicios institucionalizados de enfermería o servicios comunitarios de exención de base domiciliaria del programa de Asistencia Médica.

PÁGINA 10 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN**INFORMACIÓN MÉDICA**

20

Marque (✓) SÍ o NO en cuanto a sus datos personales y los de aquellas personas que someten una recertificación. Por cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE la información solicitada. No olvide listar todo tipo de seguro de salud y seguro de hospital o seguro contra accidentes que usted tenga o que esté al alcance de las personas que someten una recertificación. Es posible que Asistencia Médica pague las facturas médicas incurridas tres meses antes del mes en el que usted sometió la petición de beneficios. Si ya pagó la factura, le devolveremos lo que pagó si determinamos que en aquella fecha usted hubiese podido habilitar para recibir Asistencia Médica. Pagaremos la factura aunque el médico o profesional de la salud no acepte Asistencia Médica, pero solamente la cantidad permitida y por los servicios que normalmente asistencia médica cubre.

SELECCIÓN DE PLAN DE SALUD

Si usted reúne los requisitos de Family Health Plus, debe elegir un plan de salud si desea recibir atención médica. Si quiere quedarse con el médico que actualmente tiene, debe afiliarse al plan de salud asociado con su médico. Si desea escoger un nuevo médico o clínica, llame al plan al que desea inscribirse. Una vez inscrito en el plan de salud, debe usar los médicos y hospitales afiliados a ese plan.

Ciertos beneficiarios de Medicaid están obligados a escoger un plan de salud, pero no todos. Si usted o los miembros de su grupo familiar habilitan para recibir Medicaid y ustedes residen en un condado que exige la afiliación a un plan de salud, le inscribiremos al plan de su elección, siempre y cuando ese plan esté afiliado a Medicaid. Si usted vive en un condado que no exige la afiliación a un plan de salud, de igual manera le inscribiremos en el plan de su elección, a menos que usted nos notifique que no desea inscribirse en un plan, en cuyo caso lo indicará marcando la casilla en esta sección. La persona que lo entrevistará le dará más detalles.

Al día siguiente de haber solicitado Asistencia Médica, debe averiguar si el médico o profesional de la salud acepta Asistencia Médica, antes de recibir servicios de atención médica.

PÁGINA 11 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN**INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA**

21

Indique la cantidad que paga de alquiler, hipoteca, pensión completa u otro tipo de alojamiento. Si hace pagos de hipoteca, indique lo que paga en impuestos inmobiliarios, seguro de vivienda (inclusive el seguro contra incendios) y valoraciones inmobiliarias, en el espacio que lee, Cantidad por gastos de vivienda. Marque (✓) SÍ o NO si usted o alguna de las personas que vive con usted, paga por calefacción o servicios públicos. No olvide contestar, al final de la sección, las otras cuatro preguntas sobre alojamiento.

NOTA: si no sabe muy bien cómo responder las preguntas sobre alojamiento o lo que paga de vivienda, hable con la persona a cargo de su caso.

PÁGINA 12 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN**OTROS GASTOS**

22

Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todos aquellos que solicitan una recertificación. Por cada respuesta afirmativa indique la cantidad en dólares (\$).

PÁGINA 12 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN**DATOS ADICIONALES**

Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todos aquellos que someten una recertificación.

NOTA: «Las Fuerzas Militares de Estados Unidos» se refiere a:

- Ejército de EE.UU.
- Marina de EE.UU.
- Fuerza Aérea de EE.UU.
- Naval de EE.UU.
- Guardia Costas de EE.UU.
- Marina Mercante de EE.UU. durante la 2da Guerra Mundial

23

«Las Fuerzas Militares de EE.UU.» también incluye los reservistas o miembros de la Guardia Nacional que han sido llamados a prestar servicio militar por el presidente de Estados Unidos.

TRASPASO DE PROPIEDAD: marque así (✓) la casilla correspondiente que lee, **HE...** o la casilla que lee, **NO HE**, según su caso en particular.

NOTA: Las leyes del Estado de Nueva York estipulan multas, cárcel o ambas, contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica o Beneficios de Cupones para Alimentos.

PÁGINA 13 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

NO ESCRIBA EN ESTA PÁGINA A MENOS QUE USTED DESEE CERRAR UN CASO ASOCIADO CON LOS PROGRAMAS INDICADOS EN LA PARTE SUPERIOR DE LA DERECHA DE LA PÁGINA 13 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN. SI DESEA CERRAR UN CASO ASOCIADO CON UNO DE LOS PROGRAMAS, MARQUE (✓) LA CASILLA AL LADO DEL PROGRAMA CORRESPONDIENTE Y FIRME DONDE SE LE INDICA. SOLAMENTE SE CERRARÁ EL CASO ASOCIADO CON EL PROGRAMA MARCADO. ANTES DE TOMAR LA DECISIÓN DE CERRAR UN CASO, LE SUGERIMOS HABLAR CON LA PERSONA A CARGO DE SU CASO, PUESTO QUE EXISTE LA POSIBILIDAD QUE RECIBA ASISTENCIA PROVISORIA.

PÁGINA 14 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

24 LEY DE PRIVACIDAD / REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS / MANUTENCIÓN / PRÁCTICAS ANTIDISCRIMINATORIAS

Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea

25 REPRESENTANTE AUTORIZADO DE CUPONES PARA ALIMENTOS

Si usted somete una recertificación para beneficios de Cupones para Alimentos y desea que otra persona, que no forme parte de su hogar, reciba los cupones por usted, o que compre los alimentos por usted, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre, domicilio y número de teléfono de esa persona.

Cuando un representante autorizado solicita cupones para alimentos en favor de un hogar, y el jefe de familia de ese hogar no reside en una institución, tanto el representante autorizado como el jefe de familia del hogar que solicita los cupones, deben firmar.

SANCIONES / ADVERTENCIA RELACIONADA CON LOS BENEFICIOS DE CUPONES: lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

26 **NOTA:** las leyes del Estado de Nueva York estipulan multas, cárcel o ambas, contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Programa de Ahorros de Medicare o Beneficios de Cupones para Alimentos.

PÁGINAS 15 Y 16 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

27 **DISPOSICIONES LEGALES:** lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

AVISO: los solicitantes o beneficiarios de *Lifeline*, Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos deben marcar (✓) la casilla *si no* desean autorizar a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York, a que revele su nombre y domicilio a la compañía telefónica. Es posible que la compañía de servicios telefónicos use esos datos para brindarle un descuento en la tarifa telefónica. *Lifeline* es la tarifa de descuento de servicio telefónico básico que ofrecen las compañías telefónicas.

Solamente los beneficiarios o solicitantes de Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar inscripción en la tarifa de descuento telefónico de *Lifeline*.

28

AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO DEL SSI: lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. Si usted está sometiendo una recertificación de Asistencia Temporal y ambos cónyuges que viven juntos someten una recertificación de Asistencia Temporal, ambos deberán firmar la sección de firmas al final de la página.

NOTA: la Administración del Seguro Social, considerará la fecha en que usted presenta esta autorización firmada ante el departamento local de servicios sociales, como la fecha en que usted satisface las condiciones para recibir SSI si usted somete una solicitud para beneficios iniciales de SSI dentro de los próximos 60 días.

29

FIRMAS: lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. Las Leyes del Estado de Nueva York estipulan multas, cárcel o ambas contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Programa de Ahorros de Medicare o Beneficios de Cupones para Alimentos.

Si usted es un representante autorizado de cupones, usted y el solicitante, deben firmar y fechar la sección de firmas al pie de la página 16 del formulario de recertificación.

Firme su nombre y escriba la fecha en la solicitud de recertificación. Cuando **ambos** cónyuges que viven juntos someten una recertificación de Asistencia Temporal o Asistencia Médica, **ambos** deben firmar. Si somete una recertificación **solamente** de Beneficios de Cupones para Alimentos, se necesita una firma solamente. Si rellena la solicitud a favor de otra persona, firme **su nombre** aquí y escriba la fecha en que firma

AVISO: los beneficiarios de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, el Programa de Ahorros Medicare y Cupones para Alimentos que no estén satisfechos con la decisión tomada con respecto a la solicitud de recertificación, tienen derecho a solicitar una audiencia imparcial comunicándose con la Oficina de Audiencias Administrativas:

Por escrito: New York State Office of Temporary and Disability Assistance
PO Box 1930
Albany, New York 12201

Por teléfono: 1 (800) 342-3334

Por fax: (518) 473-6735

Por internet: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp

Los datos suministrados en la solicitud de recertificación se registrarán y almacenarán en el sistema estatal conocido como el Sistema de Administración de Asistencia Pública (*Welfare Management System – WMS* siglas en inglés). Este sistema tiene como propósito mejorar la administración de los programas de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Asistencia Médica y el programa de Ahorros de Medicare, como también impedir el fraude

NOTA: la última página de esta solicitud es una inscripción de votante. Si necesita ayuda al llenar esta inscripción, hable con la persona que toma sus datos. El inscribirse o no para votar no afectará la decisión que tome esta agencia en cuanto a las prestaciones sociales que usted reciba.