CENTER / OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION	SERVICES TRANSACTION TYPE
		☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ 0F _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION x _____	DATE

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

PA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		SNAP AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

SOLICITUD DE CIERTOS SUBSIDIOS Y SERVICIOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

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

Si es ciego o sufre de impedimentos visuales graves

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

MARQUE TODOS LOS PROGRAMAS QUE USTED O UN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR ESTÁ SOLICITANDO

☐ 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), incluido el Cuidado de Crianza (FC)
☐ Asistencia de Cuidado de Niños (CC) ☐ Sólo asistencia de emergencia (EMRG)

SECCIÓN 2

¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL? ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ OTRO (especifique) _____

DESEA RECIBIR NOTIFICACIONES EN: ☐ SOLO INGLÉS ☐ INGLÉS Y ESPAÑOL

SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE MOLDE

PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE TELÉFONO ( ) CÓDIGO DE ÁREA

CALLE Y NÚMERO	№ 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)	№ APTO.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN SU DIRECCIÓN ACTUAL?	AÑOS	MESES	¿ES UN ALBERGUE? ☐ SÍ ☐ NO	OTRO TELÉFONO DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO ( ) CÓDIGO DE ÁREA

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN ACTUAL

DIRECCIÓN ANTERIOR	№ APTO.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SI ACTUALMENTE NO TIENE HOGAR, MARQUE AQUÍ ☐

AGENCIA QUE AYUDA AL SOLICITANTE / PERSONA DE CONTACTO	NÚMERO DE TELÉFONO ( ) CÓDIGO DE ÁREA

¿NECESITA QUE LA PARTE REFERENTE A MEDICAID DE ESTA SOLICITUD Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES? ☐ SÍ ☐ NO

SECCIÓN 5

¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES APLICA A SU CASO?

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

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

FIRMA DEL SOLICITANTE DE SNAP O SU REPRESENTANTE	FECHA DE FIRMA
x	

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

RI	LN	PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	ESTA PERSONA ESTÁ SOLICITANDO: PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMR G	FECHA DE NACIMIENTO Mes	Día	Año	SEXO M F	PARENTESCO CON USTED	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SOLICITAN ASISTENCIA *(Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales)*	¿ESTA PERSONA COMPRA ALIMENTOS O PREPARA COMIDAS CON USTED (INCLUIDO LOS HIJOS MENORES DE EDAD)? SÍ	NO	MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO
	01															**YO MISMO(A)**				
	02																			
	03																			
	04																			
	05																			
	06																			
	07																			
	08																			

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

Línea №	ONC	PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO

IS ANYONE SANCTIONED? ☐ YES ☐ NO | IF YES, WHO | REASON | END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

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

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION

LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED YES	NO	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	DAY	YEAR	APPLIED FOR CITIZENSHIP YES	NO	SPONSORED YES	NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		05	
02		06	
03		07	
04		08	

CONSIDER

✓ RCA/RMA REFERRAL

SECCIÓN 7 – RAZA / ORIGEN ÉTNICO – El proporcionar estos datos se hace de manera voluntaria. El hacerlo no afecta la habilitación de los solicitantes, ni el nivel de subsidios que reciban. Estos datos se solicitan con el fin de garantizar que los subsidios de los programas se distribuyen sin importar la raza, el color o la nacionalidad.

H HISPANO O LATINO
I INDÍGENA NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA
A ASIÁTICO
B RAZA NEGRA OR AFROAMERICANO
P INDÍGENA HAWAIANO O NATIVO DE LA POLINESIA
W BLANCO
U DESCONOCIDO **(SÓLO MA)**

ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) SI ES HISPANO O LATINO

INGRESE S (SÍ) O N (NO) PARA CADA RAZA

LN	H	I	A	B	P	W	U	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION

LINE NO.	CODE	DATE

SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE

SFUI	CODE	SFUI	CODE
SFUI	CODE	SFUI	CODE

CASE TYPE

RELATED CASE NUMBERS

CONSIDER

- ✓ Relationship
- ✓ Filing Unit
- ✓ Legally Responsible Relative
- ✓ Single Economic Unit
- ✓ SNAP Household Composition
- ✓ SNAP Aged/Disabled Individual
- ✓ Photo ID
- ✓ AFIS (PA Only)
- ✓ CBIC/PIN
- ✓ RFI/OCA
- ✓ Health Insurance

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Legal	
	Services	
	SSA	
	NYSoH	
	Chronic Care/SSI-Related	
	MA-Only	
	Medicare Savings Program	

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Photo ID	
	Birth Verification	
	Marriage License	
	Tarjeta de Seguro Social	
	Code 9 Resolution	
	Immigration Status	
	Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)	

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

SECCIÓN 8 – CIUDADANO / NO CIUDADANO CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

LISTE 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 sólo para los niños que recibirían los servicios de cuidado de niños.
- Solicita **solamente** Cuidado de Crianza pero tiene que llenar la información sólo para los niños que recibirían Cuidado de Crianza.
- Solicita otros Servicios bajo otras circunstancias.

SECCIÓN 9 – CERTIFICACIÓN

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

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 (cuando hay menores en el hogar o si una integrante del hogar está embarazada), o
- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, o
- Medicaid (excepto si la solicitante está embarazada), o
- Asistencia para Cuidado de Niños (se necesita **solamente** la certificación del menor), o
- Cuidado de Crianza (se necesita **solamente** la certificación del menor), o
- Otros Servicios según ciertas circunstancias;
- Asistencia para Pagos de Emergencia

Un miembro adulto del hogar o un representante autorizado pueden firmar en nombre de todos los miembros del hogar. Ejemplo: Un padre que no tenga una situación migratoria satisfactoria puede firmar en nombre de su hijo(a) que sí tiene una situación migratoria satisfactoria.

	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
		Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)	

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

FIRME* Y FECHE LA CASILLA ABAJO PARA CADA SOLICITANTE

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

LN	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	Marque «CIUDADANO / NACIONAL» o «NO CIUDADANO» para cada persona		NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si tiene uno)										CERTIFICACIÓN	FECHA	PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG
01				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ NO CIUDADANO	A										Firma X								
02				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ NO CIUDADANO	A										Firma X								
03				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ NO CIUDADANO	A										Firma X								
04				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ NO CIUDADANO	A										Firma X								
05				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ NO CIUDADANO	A										Firma X								
06				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ NO CIUDADANO	A										Firma X								
07				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ NO CIUDADANO	A										Firma X								
08				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ NO CIUDADANO	A										Firma X								

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgement of Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity	
	Birth Certificate	
NEEDED	**REFERRALS**	**COMPLETED**
	CTHP	
	CAP	
	Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882)	
	Paternity	

CONSIDER

- ✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ SSI/SSA

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA ASISTENCIA	NOMBRE DEL 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

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

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

SECTION 14 – INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

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

Nombre _____

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

Nombre del hijo(a) del padre adolescente _____

TEEN PARENT

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma /High School Equivalent? _____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma/High School Equivalent? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____

LN NO. _____

SECCIÓN 15 – INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS:

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

INCOME			
LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

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

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

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

Responda todas las preguntas siguientes

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

NOMBRE DEL PATROCINADOR: NÚMERO DE TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

SECCIÓN 17 – INFORMACIÓN LABORAL

Actualmente estoy: ☐ Empleado ☐ Autoempleado ☐ Desempleado

Ingresos brutos $ _____ Horas trabajadas al mes _____

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

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

Nombre y dirección del empleador: 1

_____ Número de teléfono. _____

_____

Alguien más que viva con usted actualmente está: ☐ Empleado ☐ Autoempleado

Quién: _____

Ingresos brutos $ _____ Horas trabajadas al mes _____

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

Nombre y dirección del empleador:

_____ Número de teléfono. _____

_____

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

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

Quién: _____ 3

Nombre de la compañía de seguros: _____

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

Quién: _____ 4

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

Quién: _____ 5

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

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

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

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

Quién: _____ Cuándo: _____

Dónde: _____ 6

¿Por qué dejó o dejaron de trabajar? _____

¿Usted o alguien que vive con usted han solicitado prestaciones de seguro por desempleo? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿Quién? _____ ¿Cuándo?: _____

Situación de la solicitud: ☐ Aprobada ☐ Denegada ☐ Pendiente

¿Usted o alguien que vive con usted está participando en una huelga? ☐ Sí ☐ No

Quién: _____ 7

Cuándo comenzó la huelga: _____

¿Usted o alguien que vive con usted es migrante o trabajador agrícola por temporada? ☐ Sí ☐ No

Quién: _____ 8

¿Usted o alguien 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: _____

_____ 9

¿Podría aceptar un empleo hoy? ☐ Sí ☐ No 10

Si no, ¿Por qué? _____

¿Qué tipo de trabajo le gustaría hacer? _____

_____ 11

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Who Pays	Amount	Name	Age	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS DE ESTA SOLICITUD

SECCIÓN 18 – PREPARACIÓN ACADÉMICA / CAPACITACIÓN

¿Cuál es su máximo nivel académico?

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

¿Alguien más en su hogar tiene un diploma de preparatoria, un diploma de Equivalencia General (GED) o una Prueba para Evaluar la Educación Secundaria (TASC™) o un nivel más alto de preparación académica? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, ¿Quién?: _____ 2

Título obtenido:_____

Fecha que terminó: _____

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

¿Está o ha estado en algún programa de capacitación? ☐ Sí ☐ No

Quién _____

Dónde _____ 3

Programa _____

Fechas en que asistió _____

Fechas que terminó _____

¿Tiene 16 años de edad o más y asiste a la escuela o la universidad? ☐ Sí ☐ No

Quién _____ 4

Dónde _____

¿Tiene menos de 16 años de edad y asiste a la escuela? ☐ Sí ☐ No

Quién _____ Quién _____

Escuela _____ Escuela _____ 5

Quién _____ Quién _____

Escuela _____ Escuela _____

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

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

SECCIÓN 19 – INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

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

VEHICLE INFORMATION

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

*IF EXEMPT, WHY?

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE

FACE AMOUNT	CASH VALUE

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

CONSIDER

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

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS DE ESTA SOLICITUD

SECCIÓN 20 – INFORMACIÓN MÉDICA

Indique si usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia:	SÍ	NO	SI RESPONDIÓ SÍ, ¿QUIÉN?
Tiene facturas médicas o gastos relacionados con atención médica 1			
Tiene Medicaid con sobrante (*spend-down*) 2			
Tiene seguro de salud o seguro hospitalario / contra accidentes (incluso seguros por parte del empleador) 3			
Tiene seguro de salud disponible por medio de un empleador 4			
Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul) 5			
Tiene un asistente de salud 6			
Es ciego(a) o está enfermo(a) o incapacitado(a) 7			
Es un menor con una discapacidad del desarrollo 8			
Está en un hospital, en un centro de servicios de enfermería o en otra institución médica 9			
Tiene cuentas médicas, pagas e impagas, de los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud 10			
Tiene o tuvo una dependencia de drogas o alcohol 11			
Necesita servicios de cuidado en el hogar o cuidado personal 12			
Recibe SSI o alguna vez ha solicitado SSI 13			
Está embarazada Si está embarazada, fecha esperada de parto: _____ Número esperado de nacimientos: _____ 14			
Recibe tratamiento de un programa por abuso de drogas o alcohol 15			
No ha podido trabajar por lo menos en 12 meses debido a una discapacidad o enfermedad 16			
Tiene actividad diaria limitada debido a una discapacidad o enfermedad que ha durado o durará un mínimo de 12 meses 17			
Ha sufrido un accidente automovilístico o laboral en los últimos dos años 18			
Alguna agencia gubernamental, (programa público) distinto a Medicaid o Medicare, paga alguna de sus cuentas médicas Si respondió sí, ¿Cuál agencia? _____ 19			
¿Acaso el facturar otro seguro de salud pone en peligro su salud o integridad física, emocional, o interferirá con la privacidad y confidencialidad de su solicitud o su recepción de Medicaid? 20			

Policy NO:

AMOUNT:

FRECUENCY OF PAYMENT:

INSURANCE COMPANY NAME:

WHO IS COVERED:

EFFECTIVE DATE:

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification (**PA ONLY**)	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ SNAP Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	ACCES-VR	
	CTHP	
	Family Planning	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	
	NYSoH	
	MA-Only (DOH-4220)	
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
	LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	

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

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

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

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

SECTION 21 – ALOJAMIENTO

¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU ARRENDADOR?

_____

¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DE SU ARRENDADOR?

_____

_____

_____

¿CUÁL ES EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU ARRENDADOR?

( ) _____

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

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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	

CONSIDER

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care-Related Additional Allowances
- ✓ SNAP Household Composition Rules
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
- ✓ Property Lien
- ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS DE ESTA SOLICITUD

SECTION 21 – ALOJAMIENTO (CONT.)

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

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

***Check Primary Heat Type:**

☐ Natural Gas ☐ Oil ☐ PSC Electric ☐ Coal ☐ Other _____

☐ Kerosene ☐ Propane ☐ Municipal Electric ☐ Wood

INFORMACIÓN ADICIONAL

SECTION 22 – OTROS GASTOS

Indique si usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia:	SÍ	NO	SI RESPONDIÓ SÍ, MONTO
Paga sustento de menores 1			$
Paga pensión alimenticia 2			$
Paga guardería 3			$
Paga por cuidado de dependientes 4			$
Paga colegiaturas, cuotas u otros gastos educativos 5			$
Tiene gastos adicionales (por ejemplo: pagos de automóvil, pagos del seguro automotriz, pagos de tarjeta de crédito, pagos de otros préstamos, etc.) Especifique: _____ 6			$
¿Usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia deben al menos cuatro meses de manutención para un hijo menor de 21 años de edad? 7	☐ SÍ		☐ NO

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

SECCIÓN 23 – INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Compra o piensa comprar comidas de un servicio de entrega a domicilio o de un servicio comunitario? 8	☐ SÍ	☐ NO		
¿Puede cocinar o preparar comidas en casa? 9	☐ SÍ	☐ NO	VETERAN STATUS	VETERAN CODE
¿Usted o algún miembro de su hogar ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ 10	☐ SÍ	☐ NO		
¿Su cónyuge ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? 11	☐ SÍ	☐ NO		
¿Algún miembro de su hogar es dependiente de alguien que sirve o ha servido en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ 12	☐ SÍ	☐ NO		

¿Usted o alguien que vive con usted recibe ahora asistencia o servicios? ☐ SÍ ☐ NO 13

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN?	TIPO DE ASISTENCIA	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

¿Usted o alguien que vive con usted recibió asistencia o servicios en el pasado? ☐ SÍ ☐ NO 14

SI RESPONDIÓ QUE SÍ,¿QUIÉN? (incluya todos los nombres previos)	TIPO DE ASISTENCIA	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		

INFORMACIÓN ADICIONAL (CONT.)	SÍ	NO	QUIÉN
¿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?			
¿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?			
¿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?			
¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por hacer una afirmación o representación fraudulenta de su lugar de residencia para recibir Asistencia Pública en dos o más Estados?			
¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por recibir de manera fraudulenta subsidios SNAP por duplicado en otros Estados después del 22 de septiembre de 1996?			
¿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?			
¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar subsidios SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas?			
¿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 policiacas?			
¿Usted o algún miembro de su hogar está infringiendo libertad condicional o libertad bajo palabra según una orden judicial?			

ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDADES

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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS DE ESTA SOLICITUD

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

Actual Expenses $

- Actual Income $

= Difference $

	YES	NO
Does Client Receive Contribution Towards Difference	☐	☐

If Yes, From Whom?

_____

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

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

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

NOTES/COMMENTS

NOTIFICACIONES, CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

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

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

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

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

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

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

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

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

Si estoy solicitando Asistencia para Cuidado de Niños, acepto informar a la agencia **de inmediato** sobre cualquier cambio en los ingresos de la familia, en quién vive en mi hogar, en el empleo y en los arreglos para el cuidado de menores, y de otros cambios que puedan afectar la continuidad de mi habilitación o el monto de mis subsidios.
SANCIONES – Las leyes estatales y federales estipulan multas, cárcel o ambas si usted no dice la verdad al solicitar Asistencia Pública, Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Servicios o Asistencia para Cuidado de Niños (Asistencia, Subsidios o Servicios) o cuando se le interrogue en referencia a su habilitación, o si hace que alguien más no diga la verdad respecto a su habilitación y a la continuidad de su habilitación. También se imponen sanciones si usted oculta o no revela hechos referentes a su habilitación inicial, y a la continuidad de la misma, para Asistencia, Subsidios o Servicios, o si oculta o no revela hechos que afectarían el derecho de alguien para el que ha solicitado asistencia a obtener o seguir recibiendo Asistencia, Subsidios o Servicios. Si usted es un representante autorizado, la Asistencia, Subsidios o Servicios deben ser utilizados para la otra persona y no para usted. Las leyes estatales y federales estipulan que cualquier transferencia de activos por un valor inferior al del mercado que sea realizada por un individuo o por su cónyuge, en los 60 meses previos al primer día del mes en el que el individuo reciba servicios de un centro de servicios de enfermería y haya presentado una solicitud de Medicaid, puede hacer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA – Usted puede autorizar a alguien que conozca la situación de su hogar para que solicite los subsidios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria por usted. También puede autorizar a una persona que no pertenezca a su hogar para que solicite los subsidios de SNAP por usted, o para que los utilice para comprar alimentos para usted. Si desea autorizar a una persona, debe hacerlo por escrito. Puede autorizar a alguien escribiendo en el espacio siguiente su nombre, dirección y número de teléfono en letra de molde, y haciendo que la persona firme en el espacio correspondiente al final de esta solicitud. Cuando un representante autorizado presenta una solicitud en nombre de un hogar de SNAP que no resida en una institución, tanto el representante autorizado como un adulto responsable que sea miembro del hogar deben firmar y poner la fecha en la sección de firmas al final de esta solicitud, a menos que el hogar de SNAP haya designado por escrito al representante autorizado para que lo haga.

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

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

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

_____ No divulgar información sobre VIH/SIDA _____ No divulgar información sobre drogas y alcohol
_____ No divulgar información sobre salud mental

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

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

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

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

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La SSA puede reembolsar al SSD en dos situaciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

CESIÓN DE DERECHOS DE MANUTENCIÓN – Cedo al Estado y al distrito de servicios sociales todo derecho que yo tenga a recibir manutención de las personas legalmente responsables de mi manutención, y todo derecho que yo tenga de manutención en nombre de cualquier miembro de mi familia para el que estoy solicitando o recibiendo asistencia. Cuando solicite o reciba Asistencia para Familias o Asistencia Red de Seguridad, mi cesión de los derechos de manutención estará limitada a la manutención que se acumule durante el 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, como también permiso para que se realicen otras investigaciones por parte de agencias gubernamentales autorizadas en relación con los subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). También doy mi permiso para que la información proporcionada en esta solicitud sea utilizada en derivaciones a programas disponibles de asistencia para preparación de viviendas para la intemperie y a programas para personas con bajos ingresos ofrecidos por mi compañía de servicios públicos.

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

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

CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS – Si estoy solicitando Asistencia para Cuidado de Niños, certifico que los ingresos de mi familia no exceden el 85 por ciento del índice promedio de ingresos establecido por el Estado según el número de integrantes de mi grupo familiar como también que los recursos de mi familia no exceden de $1,000,000.

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

Consiento en <u>retirar</u> mi solicitud de:

☐ **Asistencia Pública (PA)** ☐ **Cuidado de Niños en lugar de PA** ☐ **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)** ☐ **Medicaid y SNAP**

☐ **Medicaid y PA** ☐ **Servicios, incluido el Cuidado de Crianza** ☐ **Asistencia para Cuidado de Niños** ☐ **Sólo asistencia de emergencia**

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

FIRMA DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE AUTORIZADO **FECHA DE FIRMA**

x

Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de NY

"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar el registro para votar aquí hoy?"

□ **Sí** (Si contesta que Sí, llene la SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE en la parte inferior de esta página)

□ NO porque opté por no registrarme O

□ Ya estoy registrado para votar en mi domicilio actual O

□ Solicité y recibí un formulario de registro por correo.

En caso de que no marque ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

_____ ____/____/____

(Firma) (Fecha)

_____

(Escriba el nombre en letra de molde)

¡Importante!

Solicitar el registro o negarse al registro para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará la agencia.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud de registro como votante, lo ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede llenar 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：如果你有興趣索取本中文資料表格，請電 1 - 800 - 367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화하십시오.

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

NVRA-05 (01/2011)

□ Sí, necesito una solicitud para recibir una Boleta de votación por correo **Llene en letra de molde 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 respondió NO, no llene este formulario.		**2**	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de la elección? Si □ No □ Si respondió NO, no llene este formulario a menos que vaya a tener 18 años cumplidos a fin de año .			**Uso exclusivo de la Junta electoral**
3	Apellido	Nombre		Inicial del segundo nombre	Sufijo		
4	Domicilio particular donde vive (no informe un P.O. Box)	Apt. N.°		Ciudad/Pueblo/Aldea		Código postal	Condado
5	Domicilio donde recibe el correo (si es diferente del anterior)	P.O. Box, star route, etc			Oficina de correo		Código postal
6	Fecha de nacimiento	**7** Sexo (círculo) M F	**8**	Teléfono particular (optativo)			
10	El año en que votó por última vez	Su domicilio era (informe el número de casa, la calle y la ciudad)					
	En el condado/estado	Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)					

9 Número de ID: Marque la casilla que corresponda y escriba su número:

□ Número de DMV del estado de Nueva York __ __ __ __ __ __ __ __ __

Si no tiene un número de DMV del estado de Nueva York, informe :

□ Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social __ __ __ __

□ No tengo licencia de conductor de Nueva York

11 **Elija un partido**--Marque únicamente una casilla

□ Partido Demócrata
□ Partido Republicano
□ Partido Conservador
□ Partido de las Familias Trabajadoras
□ Partido de la Independencia
□ Partido Verde
□ Otros (completar) _____
□ No deseo afiliarme a ningún partido

12 **DECLARACIÓN JURADA:** Juro o declaro que

- Soy ciudadano de los Estados Unidos.
- Habré residido en el condado, ciudad o aldea por un mínimo de 30 días antes de las elecciones.
- Reúno todos los requisitos para registrarme como votante en el Estado de Nueva York.
- La firma o marca a continuación es de mi puño y letra.
- La información que he ofrecido es verdadera. Entiendo que de no serlo, se me puede condenar y multar por hasta $5,000 y/o encarcelar por un máximo de cuatro años.

→ _____

(Firma o marca en tinta) (Fecha)

(Optativo) Inscríbase para donar sus órganos o tejidos.

Apellido_____

Nombre_____

Inicial del segundo nombre_____ Sufijo_____

Domicilio_____

Apt N.°_____ Código postal_____

Ciudad _____

Fecha de nacimiento_____Sexo □ M □ F

Color de ojos_____ Estatura ___ pies ___ pulg

Con su firma a continuación, usted certifica que:

- Tiene 18 años o más;
- Presta su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- Autoriza a la Junta Electoral a entregar su nombre e información identificatoria al DOH para inscribirse en el Registr;
- y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información a organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal,a bancos de tejidos y ojos con licencia del Estado de Nueva York y hospitales en caso de que usted fallezca

DONATE LIFE New York State

_____

Firma Fecha

Calificaciones para la inscripción

Puede usar este formulario para:

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

Para inscribirse, debe:

- ser ciudadano de los EE.UU.;
- tener 18 años al 31 de diciembre del año en el que presente este formulario (Nota: debe tener 18 años en la fecha de las elecciones generales, primarias o de otro tipo en las que desee votar);
- ser residente del condado, o de la ciudad de Nueva York, al menos 30 días antes de la elección;
- no estar en la cárcel ni en libertad condicional (parole) por haber cometido un delito grave; y
- no tener derecho a votar en otro lugar.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, con su derecho a decidir si inscribirse o a presentar la solicitud de inscripción para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede reclamar ante:

New York State Board of Elections, 40 Steuben Street,
Albany, New York 12207-2109
Teléfono: 1-800-469-6872;
Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema retransmisor del estado de Nueva York o visitar nuestro sitio web:
www.elections.state.ny.us

Su decisión de inscribirse será confidencial y sólo se utilizará para inscribirlo como votante. Los que decidan no inscribirse para votarse y/o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales, y se utilizarán exclusivamente a los fines de la inscripción como votante.

Verificación de su identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número de **DMV (número de la licencia de conductor o número de ID de no conductor)**, o mediante **los cuatro últimos dígitos del número de su seguro social**, que usted escribirá en la casilla 9.

S**i no tiene número de DMV o de Seguro Social,** debe usar una identificación con foto válida, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancario, su cheque de sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y domicilio. 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 el formulario:

Es delito procurar un registro falso o brindar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: Debe marcar una opción. Si tiene alguna duda, consulte *Verificación de su identidad* más arriba .

Casilla 10: Si nunca antes votó, escriba "Ninguna". Si no puede recordar cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación (?). Si votó con un nombre diferente, anote ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

Casilla 11: Marque únicamente una casilla. Para votar en una elección primaria, debe estar afiliado en uno de los partidos que se enumeran; excepto por el Partido de la Independencia, que permite que votantes no afiliados participen en ciertas elecciones primarias.