

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR		
CASE NAME					EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):					DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):		DATE	FORM _____ OF _____		
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: __									
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD				SNAP AUTHORIZATION PERIOD				
FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO	

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

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

Si es ciego o sufre de impedimentos graves de la vista, ¿desea recibir las notificaciones por escrito en otro formato? Sí No

Si respondió que sí, marque el tipo de formato que desea: Tipografía grande; CD de datos; CD de audio; Braille, si cree que ninguno de los otros formatos será igualmente efectivo para usted.

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

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

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

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

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

SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO **ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE MOLDE**

PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE TELÉFONO () CÓDIGO DE ÁREA
CALLE Y NÚMERO	DEPT. NO.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO CÓDIGO POSTAL

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

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA ANTERIOR)	DEPT. NO.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---	-----------	--------	---------	--------	---------------

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN SU DIRECCIÓN ACTUAL?	AÑOS	MESES	¿ES UN ALBERGUE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	OTRO TELÉFONO EN DONDE SE PUEDA LOCALIZAR	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO () CÓDIGO DE ÁREA
--	------	-------	--	---	--------	--

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN ACTUAL

DIRECCIÓN ANTERIOR	DEPT. NO.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------------------	-----------	--------	---------	--------	---------------

SI ACTUALMENTE NO TIENE HOGAR, MARQUE AQUÍ

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

¿NECESITA QUE LA PARTE REFERENTE A MEDICAID DE ESTE FORMULARIO DE REVALIDACIÓN Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES? SÍ NO

HAGA UNA LISTA DE LAS COSAS QUE HAN CAMBIADO DESDE SU SOLICITUD O ÚLTIMA REVALIDACIÓN (como si se mudó, tuvo un hijo, el ingreso, etc.) _____

- 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 tutela temporal 13
- Necesita guardería 14
- Problemas con el inglés 15
- Alojamiento razonable 16
- Otro _____ 17

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

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

x

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

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

MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO

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

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

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

SECCIÓN 7

¿SE HA MUDADO ALGUIEN AL HOGAR EN EL ÚLTIMO AÑO? SÍ NO
SI RESPONDIÓ QUE SÍ, INDÍQUELO A CONTINUACIÓN.

¿HABÍA VIVIDO ANTES EN EL ESTADO DE NUEVA YORK? SÍ NO

¿SE HA MUDADO ALGUIEN DEL HOGAR EN EL ÚLTIMO AÑO? SÍ NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ, INDÍQUELO A CONTINUACIÓN.

NOMBRE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE	¿CUÁNDO?
NOMBRE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE	¿CUÁNDO?

IS ANYONE SANCTIONED?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE
-----------------------	--	-------------	--------	----------

NON-APPLICANT INFORMATION

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

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION										INDIVIDUAL EDUCATION				CONSIDER	
LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	✓ RCA/RMA REFERRAL
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO					
											01		05		
											02		06		
											03		07		
											04		08		

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

<p>SECCIÓN 9 – CIUDADANÍA / SIN CIUDADANÍA Y CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA</p> <p>INCLUYA EN LA LISTA A TODAS LAS PERSONAS QUE REVALIDAN O QUE ESTÁN OBLIGADAS A REVALIDAR.</p>	<p style="text-align: center;">SECCIÓN 10 – CERTIFICACIÓN</p> <p>Algunos programas de servicios sociales requieren que certifique que usted es un ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano o de nacionalidad estadounidense, o un inmigrante con una situación migratoria satisfactoria. Otros programas no lo requieren.</p> <p>Usted DEBE firmar la certificación siguiente solamente si es un ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano, de nacionalidad estadounidense, o un inmigrante con una situación migratoria satisfactoria, y está revalidando para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia Pública (cuando hay menores en el hogar o si una integrante del hogar está embarazada), o • El Programa de Asistencia de Nutricional Suplementaria, o • Medicaid (<u>excepto</u> si la solicitante está embarazada) <p>Un miembro adulto del hogar o un representante autorizado pueden firmar en nombre de todos los miembros del hogar. <u>Ejemplo:</u> Un padre que no tenga una situación migratoria satisfactoria puede firmar en nombre de su hijo(a) que sí tiene una situación migratoria satisfactoria.</p> <table style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; padding: 5px;">NEEDED</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60%; padding: 5px;">REFERRALS</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; padding: 5px;">COMPLETED</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)</td> </tr> </table>	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)		
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED					
Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)							

<p>Una revalidación de SNAP debe incluir a todas las personas que viven en el hogar con SNAP. Una revalidación de PA debe incluir a todos los menores para los que se esté revalidando, a sus hermanos y hermanas, y a todos los padres de dichos menores que vivan juntos. Si no indica que una persona de la lista es ciudadano de Estados Unidos, de nacionalidad estadounidense o inmigrante con una situación migratoria satisfactoria, ni proporciona un número de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (por sus siglas en inglés, "USCIS") (Número de Registro de Extranjero) ni un número de no ciudadano (si lo tiene), esa persona no recibirá asistencia y los demás miembros del hogar recibirán beneficios reducidos. Si es indígena norteamericano, marque la casilla "ciudadano/nacional".</p>	<p>FIRME* Y ESCRIBA LA FECHA EN EL ESPACIO PARA CADA SOLICITANTE.</p> <p>En el caso de no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria que revaliden, marque los programas para los que cada no ciudadano que revalida tenga una situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo, PUB-1313 Statewide).</p>
--	---

LN	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	Marque "CIUDADANO / NACIONAL" o "NO CIUDADANO" para cada persona.	NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si lo tiene)	CERTIFICACIÓN	FECHA	PA	S N A P	MA
01				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO	A	Firma X				
02				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO	A	Firma X				
03				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO	A	Firma X				
04				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO	A	Firma X				
05				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO	A	Firma X				
06				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO	A	Firma X				
07				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO	A	Firma X				
08				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO	A	Firma X				

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

* Si la persona que quiere firmar el formulario de revalidación no puede escribir, puede hacer una "X" en la línea en presencia de un testigo. El testigo debe firmar a continuación. He atestiguado las marcas escritas en las líneas: _____ Firma del testigo: _____ Fecha de firma: _____

SECCIÓN 11 – INFORMACIÓN SOBRE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL

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

- ¿Está revalidando a un individuo menor de 21 años de edad que nació fuera del matrimonio y para quien la paternidad legal no ha sido establecida? Sí No
- ¿Está revalidando a un individuo menor de 21 años de edad que tiene un padre o madre ausente (sin custodia)? Sí No

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

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

- ¿Tiene usted menos de 21 años de edad? Sí No

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

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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgement of Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882)	
	Paternity	
CONSIDER		
<input checked="" type="checkbox"/>	Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	<input checked="" type="checkbox"/> Child Health Plus
<input checked="" type="checkbox"/>	Petition to Family Court	<input checked="" type="checkbox"/> TASA
		<input checked="" type="checkbox"/> SSI/SSA

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

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

			SITUACION TRIBUTARIA						
PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	SOLTERO	CASADO DECLARANDO DE MANERA CONJUNTA	CASADO DECLARANDO POR SEPARADO	CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO CALIFICADO)	VIUDO(A) CALIFICADO CON HIJO DEPENDIENTE	DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS	NO DECLARARÁ IMPUESTOS

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

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

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

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE RECERTIFICA	NOMBRE DEL CONYUGE	FECHA DE NACIMIENTO DEL CONYUGE	FECHA DE FALLECIMIENTO DEL CONYUGE, SI CORRESPONDE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CONYUGE	
DIRECCIÓN DEL CONYUGE, SI CORRESPONDE		CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CODIGO POSTAL

SECTION 14 – INFORMACIÓN DE HIJOS AUSENTES – Si alguna de las personas que revalida tiene un hijo menor de 21 años de edad que vive en otra parte, indíquelo a continuación.

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

SECTION 15 – INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

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

Nombre _____

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

Nombre del hijo(a) del padre adolescente _____

TEEN PARENT

LN NO. _____ Estado civil _____

¿Diploma de preparatoria (high school) o equivalente? _____

LN NO. _____ Estado civil _____

¿Diploma de preparatoria (high school) o equivalente? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____

LN NO. _____

SECCIÓN 16 – INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS:										
Indique si usted o alguien que vive con usted recibe dinero de:	SÍ	NO	QUIÉN	MONTO/VALOR Y FRECUENCIA	QUIÉN	MONTO/VALOR Y FRECUENCIA	INCOME			
							LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
Beneficios de seguro de desempleo 1										
Beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad (por sus siglas en inglés, "SSI") (Total Estatal y federal) 2										
Beneficios de Seguro Social por Incapacidad (SSD) 3										
Beneficios de Dependiente del Seguro Social (SSD) 4										
Beneficios del Seguro Social para Sobrevivientes 5										
Beneficios de Pensión de Jubilación del Seguro Social 6										
Beneficios de Retiro Ferroviario 7										
Beneficios de Jubilación (pensiones) 8										
Dividendos / Intereses sobre acciones, bonos, ahorros, etc. 9										
Compensación laboral 10										
Beneficios de Incapacidad del Estado de NY 11										
Beneficios de Pensiones de Veteranos / Ayuda y Atención 12										
Subsidio de Asistencia Pública 13										
Asignación de dependencia GI 14										
Becas o préstamos educativos 15										
Contribuciones/Regalos (recibidos) 16										
Pagos por Tutela Temporal (recibidos) 17										
Pagos de manutención infantil (recibidos) Recibidos de: 18										
Manutención conyugal (recibida) 19										
Seguro privado de incapacidad - Ingresos por pólizas de seguro de salud/accidentes 20										
Beneficios por seguro de impagos 21										
Beneficios sindicales (incluyendo beneficios por huelgas) 22										
Préstamos no educativos (recibidos) 23										
Ingresos de un fideicomiso (incluyendo ingresos que actualmente tiene derecho a recibir, o que tuvo derecho a recibir en el pasado, y que aún no han sido pagados) 24										
Asignaciones/Estipendios para capacitación 25										
Ingresos por alquileres (recibidos) 26										
Ingresos de subarrendatarios/huéspedes (recibidos) 27										
Otros Ingresos										
(Por favor especifique)										

CONSIDER

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

Deducciones: Ciertos tipos de presupuestos de Medicaid permiten que los solicitantes/beneficiarios reduzcan los ingresos a considerar usando las deducciones que aplican en sus impuestos federales. Estos son gastos específicos que el Servicio de Recaudación Interna (por sus siglas en inglés, "IRS") permite que la gente deduzca para reducir sus ingresos gravables. Registre aquí solamente las deducciones que aplicará en su declaración de impuestos del año en curso.	SÍ	NO	QUIÉN	MONTO/VALOR Y FRECUENCIA	QUIÉN	MONTO/VALOR Y FRECUENCIA
Gastos de educador	1					
Deducción por cuenta individual de retiro (IRA)	2					
Deducción por intereses de préstamos estudiantiles	3					
Colegiaturas y cuotas	4					
Ciertos gastos profesionales (reservistas, artistas, funcionarios gubernamentales por honorarios)	5					
Deducción por cuenta de ahorros de salud	6					
Gastos por mudanza relacionada con el trabajo	7					
Parte deducible del impuesto por empleo independiente (S/E)	8					
Planes S/E, SIMPLE y calificado	9					
Deducción por seguro de salud S/E	10					
Sanción por retiro anticipado de ahorros	11					
Pensión alimenticia pagada	12					
Deducción por actividades productivas domésticas	13					
Ajustes adicionales añadidos en la línea 36 (Sólo formulario 1040 del IRS)	14					
Deducción MSA Archer	15					
Otros ajustes (por favor especifique)						

SECCIÓN 17 – INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO/MADRASTRA/PATROCINADOR DE INMIGRANTE CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

Responda todas las preguntas siguientes.

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

NOMBRE DEL PATROCINADOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

SECCIÓN 18 – INFORMACIÓN LABORAL

Actualmente estoy: empleado empleado independiente desempleado

Ingresos brutos \$ _____ Horas trabajadas al mes _____

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

Pago: Semanal Catorcenal Mensual Día de la semana en que se paga: _____

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

_____ Número de teléfono. _____

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

Quién: _____

Ingresos brutos \$ _____ Horas trabajadas al mes _____

Pago: Semanal Quincenal Mensual Día de la semana en que se paga: _____ **2**

Nombre y dirección del empleador: _____

_____ Número de teléfono. _____

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

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

Quién: _____ **3**

Nombre de la compañía de seguros: _____

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

Quién: _____ **4**

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

Quién: _____ **5**

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	CAP		✓ Limited English Proficiency
	Disability		✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
	Employment		✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
	TPHI/COBRA		✓ Net Loss of Cash Income
	UIB		✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
	Workers' Compensation		✓ Employment Sanctions
	Drug/Alcohol		✓ Temporary Employment
	Domestic Violence		A
	Refugee Cash Assistance		✓ Individual Development Account (IDA)
			✓ Voluntary Quit

SECCIÓN 19 – PREPARACIÓN ACADÉMICA/CAPACITACIÓN

¿Cuál es su máximo nivel académico?
 ___ Menor al diploma de preparatoria
 En ese caso, ¿último grado que terminó? _____
 ___ Terminó un Plan Individualizado de Educación (IEP)
 ___ Diploma de preparatoria o diploma de Equivalencia General (GED) o Prueba para Evaluar la Educación Secundaria (TASC™)
 ___ Título asociado (2 años de universidad) 1
 ___ Título de licenciatura (4 años de universidad) o superior

¿Alguien más en su hogar tiene un diploma de preparatoria, un diploma de Equivalencia General (GED) o una Prueba para Evaluar la Educación Secundaria (TASC™) o un nivel más alto de preparación académica? Sí No 2
 Si respondió que sí, quién: _____
 Título obtenido: _____
 Fecha de terminación: _____

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

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

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

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

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

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

Quién _____	Quién _____
Escuela _____	Escuela _____
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 20 – INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

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

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

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

CONSIDER	
✓	Children's Resources
✓	Lump Sum
✓	Boats, Campers, Snowmobiles
✓	Individual Development Account (IDA)
✓	Exempt Vehicles
✓	EIC
✓	Change in Resources from Last Budget

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

*IF EXEMPT, WHY?

SECCIÓN 21 – INFORMACIÓN MÉDICA			
Indique si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando:	SÍ	NO	SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN?
Tiene facturas médicas o gastos relacionados con atención médica 1			
Tiene Medicaid con un sobrante (<i>spend-down</i>) 2			
Tiene seguro de salud o seguro hospitalario/contra accidentes (incluyendo seguros por parte del empleador) 3			
Tiene seguro de salud disponible a través 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, pagadas o sin pagar, de los 3 meses anteriores al mes de esta recertificación 10			
Tiene o tuvo una dependencia de las drogas o el 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: _____ 14 Número esperado de nacimientos: _____			
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 incapacidad 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			
Ha hecho que una agencia gubernamental (programa público) distinto a Medicaid o Medicare pague alguna de sus cuentas médicas Si respondió que sí, cuál agencia _____ 19			
¿Facturar a algún otro seguro de salud le causará daños a su salud o seguridad, física o emocional, y/o interferirá con la privacidad y confidencialidad de su solicitud o su recepción de Medicaid? 20			

NO. DE PÓLIZA:

MONTO:

FRECUENCIA DE PAGO:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO?:

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?

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		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ AD/SSI Related ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator ✓ SNAP Medical Deduction ✓ TPHI Reimbursement ✓ Buy-In Eligibility ✓ Kreiger (LDSS-3664) ✓ Domestic Violence ✓ SSI Referral ✓ Earned Income Credit ✓ Change in Resources 		
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 llame al 1-800-505-5678.

Nombre del plan al que se está afiliando	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento mm/dd/aa	Sexo M/F	Número de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene)	No. de seguro social (opcional si está embarazada)	Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud (marque la casilla si es el proveedor actual)	Nombre y número de identificación del obstetra y ginecólogo (OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor actual)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 22 – ALOJAMIENTO

¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU ARRENDADOR?

¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DE SU ARRENDADOR?

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

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

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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
CONSIDER		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utility and/or Fuel Restrict ✓ Utility Guarantee ✓ HEAP ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount ✓ Foster Care-Related Additional Allowances ✓ SNAP Household Composition Rules ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator ✓ Real Property Tax Credit ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance 		

SECTION 22 – ALOJAMIENTO (CONT.)			
¿Usted o alguien que vive con usted paga los siguientes gastos adicionales a su renta u otros gastos relacionados con el alojamiento?	SÍ	NO	SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO
Electricidad (para usos distintos a la calefacción; por ejemplo: luz, cocina, agua caliente, etc.) 1			\$
Gas natural (para usos distintos a la calefacción; por ejemplo: cocina, agua caliente, etc.) 2			\$
Agua 3			\$
Aire acondicionado 4			\$
Propano (para usos distintos a la calefacción) 5			\$
Alcantarillado 6			\$
Basura 7			\$
Otros servicios y gastos básicos 8 Especifique _____			\$
¿Vive en una vivienda pública? 9			
¿Vive en una vivienda de la Sección 8, de HUD o en alguna otra vivienda subsidiada? 10			
¿Vive en una institución para tratamiento por drogas o alcohol? 11			

***Check Primary Heat Type:**

- | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Natural Gas | <input type="checkbox"/> Oil | <input type="checkbox"/> PSC Electric | <input type="checkbox"/> Coal | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Kerosene | <input type="checkbox"/> Propane | <input type="checkbox"/> Municipal Electric | <input type="checkbox"/> Wood | |

INFORMACIÓN ADICIONAL

SECTION 23 – OTROS GASTOS

Indique si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando:	SÍ	NO	SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED	CHILD IN SNAP HH
					YES NO	YES NO
Paga manutención infantil 1			\$			
Paga manutención conyugal 2			\$			
Paga guardería 3			\$			
Paga por cuidado de dependientes 4			\$			
Paga colegiaturas, cuotas u otros gastos educativos 5			\$			
Tiene gastos adicionales (por ejemplo: pagos de automóvil, pagos del seguro automotriz, pagos de tarjeta de crédito, pagos de otros préstamos, etc.) Especifique: _____ 6			\$			
¿Usted o alguien que vive con usted y que está revalidando deben al menos cuatro meses de manutención para un hijo menor de 21 años de edad? 7	<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO			

SECCIÓN 24 – INFORMACIÓN ADICIONAL			
¿Compra o planea comprar alimentos mediante un servicio de entrega a domicilio o de comidas comunitarias? 8	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
¿Puede cocinar o preparar comidas en casa? 9	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	VETERAN STATUS
¿Usted o algún miembro de su hogar ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ 10	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	VETERAN CODE
¿Su cónyuge ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? 11	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
¿Algún miembro de su hogar es dependiente de alguien que sirve o ha servido en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ 12	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Indique si usted o alguien que vive con usted está revalidando:	SÍ	NO	QUIÉN
¿Usted o alguien que vive con usted y que está revalidando se ha mudado a este condado desde otro condado del Estado de Nueva York en los últimos dos meses?			
¿Usted o alguien que vive con usted alguna vez ha sido declarado culpable y/o ha sido descalificado para Asistencia Pública y/o para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) debido a fraude o infracciones intencionales al programa?			
¿Usted o alguien que vive con usted ha recibido beneficios a los que no tenía derecho, que no hayan sido devueltos en su totalidad a esta u otra agencia?			
¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por hacer una afirmación o representación fraudulenta de su lugar de residencia para recibir Asistencia Pública en dos o más estados?			
¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por recibir de manera fraudulenta el subsidio SNAP por duplicado en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996?			
¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender el subsidio SNAP por un monto total de \$500 o más después del 22 de septiembre de 1996?			
¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar el subsidio SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas?			
¿Usted o algún miembro de su hogar está fugitivo para evitar el proceso penal, la custodia o el confinamiento después de ser condenado por un delito grave o por una tentativa de delito grave, y está siendo perseguido activamente por fuerzas policíacas?			
¿Usted o algún miembro de su hogar está infringiendo su libertad condicional o su libertad bajo palabra de acuerdo con una orden judicial?			
ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDADES			
He <input type="checkbox"/> No he <input type="checkbox"/> vendido, traspasado o cedido alguna propiedad mía a alguien más para adquirir subsidios de Asistencia Pública o de SNAP.			

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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Child/Dependent Care Statement	
	Recouplements	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

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

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

Does Client Receive Contribution Towards Difference Yes No

If Yes, From Whom? _____

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

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

Category is _____

Documented by _____

NOTES/COMMENTS

NOTIFICACIONES, CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

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

Respecto a todos los demás programa para los que este formulario de revalidación requiere un SSN, la recopilación de los mismos es también obligatoria y está autorizada conforme a una o más de las siguientes disposiciones: Sección 205(c) de la Ley de Seguro Social (42 U.S. Code 405), Sección 1137 de la Ley de Seguro Social (42 U.S Code 1320b-7) y Sección 7 (a)(2) de la Ley de Privacidad de 1974. Consulte el instructivo (PUB-1313 Statewide) o hable con su distrito de servicios sociales si tiene preguntas.

La información que recopilemos se usará para determinar si su hogar reúne los requisitos o sigue cumpliendo con los requisitos necesarios para recibir asistencia o beneficios. La información se utilizará para comprobar la identidad, verificar los ingresos salariales y no salariales, para determinar si los padres ausentes pueden obtener cobertura de seguro de salud para los solicitantes o beneficiarios, para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden obtener manutención de menores o manutención conyugal, y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Verificaremos esta información con programas informáticos de cruzamiento de datos. Esta información también se utilizará para verificar el cumplimiento de las normas del programa y para la administración de dicho programa. Además de utilizar la información que nos proporcione de esta manera, el estado utilizará la información para preparar estadísticas referentes a todas las personas que reciban beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares (por sus siglas en inglés, "HEAP") (ver más adelante).

Esta información se podrá divulgar a otras agencias estatales y federales con el propósito de llevar a cabo un análisis oficial y a los cuerpos policíacos con el fin de capturar a prófugos de la justicia. La información que se recopile con respecto a los solicitantes y beneficiarios de Asistencia Familiar y de Asistencia de la Red de Seguridad, incluyendo los SSN, se podrá utilizar para ayudar en la formación de grupos para selección de jurados. Si se presenta una reclamación de SNAP en contra de su hogar, los datos recopilados en esta revalidación, incluyendo los SSN, podrán ser transmitidos a las agencias estatales y federales, así como a entidades privadas de cobranza, para ejecutar el cobro de la reclamación.

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

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

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

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

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

Para presentar una queja de discriminación contra el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, "SNAP"), llene el formulario de queja de discriminación en programas de la USDA (AD-3027), que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario lleno o su carta al USDA por:

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

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

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

Esta institución es un proveedor que cumple con los principios de igualdad de oportunidades.

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

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

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

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

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

Si estoy solicitando Asistencia para Guardería, acepto informar a la agencia **de inmediato** sobre cualquier cambio en los ingresos de la familia, en quién vive en mi hogar, en el empleo y en los arreglos para el cuidado de menores, y de otros cambios que puedan afectar la continuidad de mi elegibilidad o el monto de mis beneficios.

SANCIONES – Las leyes estatales y federales estipulan multas, cárcel o ambas si usted no dice la verdad al recertificarse para Asistencia Pública, Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Servicios o Asistencia para Guardería ("Asistencia, Beneficios o Servicios") o cuando se le interrogue en referencia a su elegibilidad, o si hace que alguien más no diga la verdad respecto a su recertificación y a la continuidad de su elegibilidad. También se imponen sanciones si usted oculta o no revela hechos referentes a su elegibilidad inicial, y a la continuidad de la misma, para Asistencia, Beneficios o Servicios, o si oculta o no revela hechos que afectarían el derecho de alguien para el que se ha recertificado a obtener o seguir recibiendo Asistencia, Beneficios o Servicios. Si usted es un representante autorizado, la Asistencia, Beneficios o Servicios deben ser utilizados para la otra persona y no para usted. Las leyes estatales y federales estipulan que cualquier transferencia de activos por un valor inferior al del mercado que sea realizada por un individuo o por su cónyuge, en los 60 meses previos al primer día del mes en el que el individuo reciba servicios de un centro de servicios de enfermería y haya presentado una solicitud de Medicaid, puede hacer que el individuo sea inelegible para los servicios del centro de enfermería o para servicios de exención en el hogar y en la comunidad durante cierto tiempo. Es ilegal obtener Asistencia, Beneficios o Servicios ocultando información o proporcionando información falsa.

SANCIONES DE DESCALIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA – Toda la información que proporcione en relación con su solicitud de beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) estará sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. Si cualquier información es incorrecta, podrían denegarse sus beneficios de SNAP. Usted podría estar sujeto a un proceso penal si proporciona intencionalmente información incorrecta que afecte su elegibilidad o el monto de sus beneficios. Toda persona que sea condenada por un delito grave por utilizar, transferir, adquirir, alterar o poseer intencionalmente tarjetas de autorización o dispositivos de acceso de SNAP puede recibir una multa de hasta \$250,000, ser encarcelada hasta por 20 años, o ambas. El individuo también podría estar sujeto a proceso de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables. Cualquier persona que esté violando una condición de su libertad condicional o bajo palabra, y cualquier persona que esté prófuga para evitar un proceso penal, custodia o confinamiento por un delito grave y que sea buscada activamente por cuerpos policíacos no es elegible para recibir beneficios de SNAP.

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

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

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

- 12 meses por la primera IPV de SNAP;
 - 24 meses por la segunda IPV de SNAP;
 - 24 meses por la primera IPV de SNAP que se base en la determinación de un tribunal de que el individuo utilizó o recibió beneficios de SNAP en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada (fármacos ilegales o ciertos fármacos para los que se requiere la receta de un médico); o
 - 120 meses si se determina que el individuo hizo una declaración fraudulenta respecto a quién es o dónde vive, con el objeto de obtener múltiples beneficios de SNAP simultáneamente, a menos que esté descalificado permanentemente por una tercera IPV de SNAP.
- Adicionalmente, un tribunal puede prohibirle a un individuo que participe en SNAP por 18 meses adicionales.

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

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

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

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

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

SUBSIDIO ESTÁNDAR PARA SERVICIOS BÁSICOS – Entiendo que los beneficiarios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) son elegibles por sus ingresos para el Programa de Asistencia de Energía para Hogares (HEAP). También entiendo que si no he recibido un beneficio de HEAP mayor a \$20 en el mes actual o en los 12 meses anteriores, o un beneficio similar para asistencia de energía, debo pagar la calefacción o aire acondicionado por separado de mi renta para poder recibir el subsidio estándar para servicios básicos para calefacción y aire acondicionado (es decir, una deducción) para SNAP. Entiendo que el Estado utilizará mi número de seguro social para verificar con los proveedores de energía de mi vivienda si he recibido HEAP. Esta autorización incluye mi permiso para que cualquiera de los proveedores de energía de mi hogar (incluyendo a mi compañía eléctrica) divulguen a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidades del Estado de Nueva York, al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, ciertos datos estadísticos, que incluyen, pero no se limitan a, mi consumo anual de electricidad, el costo de la electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos, para efectos de medir el desempeño del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA – Consiento a la divulgación de toda la información médica referente a mí, y a los miembros de mi familia por los que puedo otorgar consentimiento, a mi proveedor de atención primaria, a cualquier otro proveedor de servicios de salud, o al Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH), a mi plan de salud y a cualquier proveedor de servicios de salud que participe en mi cuidado o en el de mi familia, hasta donde sea razonablemente necesario para que mi plan de salud o mis proveedores realicen operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud; de mi plan de salud y cualquier proveedor de servicios de salud al DOH y a otras agencias federales, estatales y locales autorizadas, para efectos de administración de Medicaid; y de mi plan de salud a otras personas u organizaciones, hasta donde sea razonablemente necesario para que mi plan de salud realice operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Autorizo la divulgación de toda la información de salud referente a mí, y a todos los miembros de mi familia para los que puedo otorgar autorización legal, en relación con la prestación de asistencia y servicios y a mi capacidad para participar en actividades laborales, incluyendo el empleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidades del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés, "OTDA"), a la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, o al distrito local de servicios públicos, hasta donde sea razonablemente necesario para la prestación de beneficios de Asistencia Pública; para servicios, incluyendo servicios de bienestar infantil; para determinar la asignación apropiada de trabajos; para determinar la necesidad de solicitar y para solicitar beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad; para establecer los planes apropiados de tratamiento para restaurar la capacidad de trabajar; y para determinar la elegibilidad para exenciones del límite estatal de sesenta meses para la recepción de asistencia en efectivo. Si estoy obligado a solicitar beneficios administrados por la Administración del Seguro Social, la información arriba especificada puede ser compartida con esa entidad. También acepto que la información divulgada puede incluir información sobre VIH, salud mental y abuso de alcohol y sustancias referente a mí y a los miembros de mi familia, hasta donde lo permita la ley, a menos que marque una de las

opciones siguientes. Si más de un adulto de la familia se afilia a un plan de salud de Medicaid, es necesario que cada adulto que presente solicitud firme el consentimiento para divulgar su información. Entiendo que mi capacidad de consentir a la divulgación de información relacionada con cualquier menor de edad para el que yo otorgue consentimiento tiene los mismos límites que los aplicables a la información que puedo obtener en su nombre sobre tratamientos, diagnósticos y procedimientos.

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

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

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

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

MEDICARE- Autorizo que los pagos bajo el programa de "Medicare" (Parte B del Título XVIII, Programa Suplementario de Seguro Médico) se hagan directamente a los médicos y a los proveedores de suministros médicos con relación a toda factura futura no pagada por servicios médicos y por servicios de salud que se me suministren mientras soy elegible para Medicaid.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

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

CESIÓN DE SEGUROS/OTROS BENEFICIOS Y PAGO DIRECTO – Para Asistencia Pública y Medicaid, acepto presentar todas las reclamaciones por beneficios de seguros de salud y accidentes, y procesar todas las reclamaciones por lesiones personales o cualquier otro recurso al que tenga derecho, y por este medio le cedo tales derechos en su totalidad al distrito de servicios sociales al que se presenta esta recertificación. Además, ayudaré a poner todos los beneficios cedidos a disposición del distrito de servicios sociales al que se presenta esta recertificación.

Autorizo que los pagos que sean debidos a mí o a cualquier miembro de mi hogar por beneficios de seguros de salud o accidente, se remitan directamente al distrito de servicios sociales apropiado, como pagos correspondientes a los servicios médicos y a otros servicios de salud suministrados mientras fuimos elegibles para Medicaid.

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

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

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

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

AUTORIZACIÓN PARA DEVOLVER LOS BENEFICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA CON EL PAGO RETROACTIVO DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS DE SEGURIDAD – Autorizo al comisionado de la Administración del Seguro Social (por sus siglas en inglés, "SSA") a utilizar mi primer pago de Ingreso Suplementario de Seguridad (por sus siglas en inglés, "SSI") (es decir, mi pago retroactivo de SSI) para reembolsar al distrito local de servicios sociales (por sus siglas en inglés, "SSD") por la asistencia pública que el SSD me pague con fondos estatales o locales mientras la SSA decide si soy elegible para SSI. La SSA no reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que se pagó utilizando fondos federales.

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

Sólo se puede utilizar mi primer pago de SSI. Si mi primer pago es mayor que el monto debido al SSD, la SSA me enviará el resto de acuerdo con sus reglas.

La SSA puede reembolsar al SSD en dos situaciones:

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

La SSA sólo reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que me haya pagado mientras estaba esperando la determinación de elegibilidad de la SSA. Esto se llama "asistencia temporal". El período inicia: 1) con el primer mes en el que me vuelva elegible para el pago de beneficios de SSI; o 2) el primer día en que se restaure mi SSI después de haber sido suspendida o cancelada. El período incluye el mes en que los pagos de SSI comiencen en realidad. Si el SSD no puede detener mi último pago de Asistencia Pública, el período termina el mes siguiente.

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

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

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

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

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

MANUTENCIÓN – La solicitud o recepción de Asistencia Familiar (por sus siglas en inglés, "FA"), Asistencia de la Red de Seguridad ("SNA") o Tutela Temporal del Título IV-E constituye una cesión al Estado y al distrito de servicios sociales de todo derecho de manutención de cualquier otra persona que el solicitante o beneficiario pueda tener por derecho propio o en nombre de otro miembro de la familia para el que el solicitante o beneficiario esté solicitando o recibiendo asistencia (Ley de Servicios Sociales, Secciones 158 y 348). Esta cesión es limitada en ciertas situaciones. Otras secciones de esta recertificación contienen cesiones adicionales.

CESIÓN DE DERECHOS DE MANUTENCIÓN – Cedo al Estado y al distrito de servicios sociales todo derecho que yo tenga a recibir manutención de las personas legalmente responsables de mi manutención, y todo derecho que yo tenga de manutención en nombre de cualquier miembro de mi familia para el que estoy solicitando o recibiendo asistencia. Cuando solicite o reciba Asistencia Familiar o Asistencia de la Red de Seguridad, mi cesión de los derechos de manutención estará limitada a la manutención que se acumule durante el periodo en que yo o el miembro de mi familia hayamos recibido asistencia. Sin embargo, todos los derechos de manutención que cedí al estado en nombre mío o de cualquier miembro de mi familia antes del 1 de octubre de 2009 siguen asignados al estado.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES – Entiendo que al firmar esta solicitud/certificación, doy consentimiento a cualquier investigación para verificar o confirmar la información que he proporcionado y a cualquier otra investigación por parte de cualquier agencia gubernamental autorizada en relación a los beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares (HEAP). También doy consentimiento para que la información proporcionada en esta recertificación sea utilizada en derivaciones a programas disponibles de asistencia para preparación de viviendas para la intemperie y a programas para personas con bajos ingresos de mi compañía de servicios públicos.

Entiendo que el Estado utilizará mi número de seguro social para verificar con los proveedores de energía de mi vivienda si he recibido HEAP. Esta autorización incluye mi permiso para que cualquiera de los proveedores de energía de mi hogar (incluyendo a mi compañía eléctrica) divulguen a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidades del Estado de Nueva York, al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, ciertos datos estadísticos, que incluyen, pero no se limitan a, mi consumo anual de electricidad, el costo de la electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos, para efectos de medir el desempeño del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos.

INFORMACIÓN SOBRE AGRESIONES SEXUALES – Si usted es una víctima de agresión sexual, tiene derecho a solicitar información sobre derivaciones al distrito de servicios sociales. Si solicita información sobre derivaciones, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle las direcciones y números de teléfono de todos los: 1) hospitales locales que ofrezcan servicios de examen forense para agresiones sexuales certificados por el Departamento de Salud del Estado de NY; 2) centros locales de crisis por violación; y 3) servicios locales de defensoría, terapia y líneas de apoyo apropiados para víctimas de agresiones sexuales. Además, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle los números de las líneas de apoyo del Estado de NY para agresiones sexuales y violencia doméstica: (800) 942-6906 y (800) 818-0656 (TTY).

CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA PARA GUARDERÍA – Si estoy solicitando Asistencia para Guardería, certifico que los ingresos de mi familia no exceden del 85 por ciento del ingreso promedio del Estado para una familia del mismo tamaño, y que los recursos de mi familia no exceden de \$1,000,000.

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

SOLICITO QUE SE CIERRE MI CASO PARA:

Asistencia Pública Beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria Asistencia Médica

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

Explique el motivo: _____

Firma x _____ Fecha _____

Formulario de inscripción de votante en una agencia del estado de Nueva York

"Si no está inscrito para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría inscribirse para votar aquí hoy?"

- SÍ** Si marcó **SÍ**, llene la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE** a continuación
- NO** porque opté por no registrarme **O**
- Ya estoy inscrito para votar en mi domicilio actual **O**
- Solicité y recibí un formulario de inscripción por correo

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no inscribirse para votar en este momento.

Firma

Fecha

Escriba su nombre en letra de molde

¡Importante!

Inscribirse o negarse a inscribirse para votar no afectará la ayuda que le dará esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción de votante, lo ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

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

Information in English: If you are interested in obtaining this form in English, call 1-800-367-8683

Rev. 2/2015

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE (instrucciones al dorso)

Si, necesito una solicitud para recibir una Boleta de votación por correo **Llene en letra de molde con tinta azul o negra** Si, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió NO , no llene este formulario		2	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió NO , no llene este formulario a menos que cumpla 18 años antes de fin de año.		Para uso exclusivo de la Junta Electoral	
	3	Apellido Título		Nombre Inicial del segundo nombre			
4	Domicilio particular donde vive (no un P.O. Box)		Apt. N.º	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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8	Teléfono (opcional)		
10	Año en que votó por última vez	Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad)			9	Número de identificación (marque la casilla que corresponda y escriba su número) <input type="checkbox"/> Número de DMV del estado de Nueva York — — — — — <input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social — — — — — <input type="checkbox"/> No tengo un número de DMV ni de Seguro Social del estado de Nueva York	
	En el condado/estado	Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)					
11	Partido político					12	Declaración jurada: Juro o declaro que <ul style="list-style-type: none">Soy ciudadano de los Estados Unidos.Habré residido en el condado, ciudad o aldea por lo menos 30 días antes de las elecciones.Cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York.La firma o seña a continuación es de mi puño y letra.La información anterior es verdadera, y entiendo que en caso de no serlo, se me puede condenar y multar con hasta \$5,000 y/o encarcelar por hasta cuatro años.
	Deseo afiliarme a un partido político <input type="checkbox"/> Partido Democrático <input type="checkbox"/> Partido de la Independencia <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido de Igualdad de las Mujeres <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de la Reforma <input type="checkbox"/> Partido Verde <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras						
No deseo afiliarme a ningún partido político <input type="checkbox"/> Ningún partido					Firma o seña en tinta		Fecha

(Opcional) Inscribese para donar sus órganos o tejidos

Apellido		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Título
Domicilio		
Apt N.º	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Color de ojos	Estatura pies pulg.	

Con su firma a continuación, usted certifica que:

- Tiene 18 años o más;
- Otorga 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 de identificación al DOH para inscribirse en el Registro;
- Y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información por organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, por bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y por hospitales en caso de que usted fallezca.



Firma

Fecha

Calificaciones para la inscripción

¡Importante!

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 las elecciones;
- no debe estar en prisión ni en libertad condicional (parole) por haber cometido un delito grave; y
- no debe reclamar el derecho a votar en otro lugar.

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:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Teléfono: 1-800-469-6872;

Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema retransmisor del estado de Nueva York al 711; o visitar nuestro sitio web: www.elections.ny.gov

Su decisión de inscribirse será confidencial y solo se utilizará para inscribirlo como votante. Los que decidan no inscribirse para votar 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 identidad

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

Si no tiene número de DMV o de Seguro Social, puede usar una identificación con foto válida, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancario, un cheque de su 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 llenar este formulario:

Es delito procurar una inscripción falsa o dar información falsa a la Junta Electoral.

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

Casilla 10: Si nunca ha votado, 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. La afiliación a un partido político es opcional, pero para poder votar en una elección primaria de un partido político, los votantes deben estar afiliados a ese partido político, salvo que las normas del partido indiquen otra cosa.