

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

ESTADO DE NUEVA YORK

RECERTIFICACIÓN DE: ASISTENCIA TEMPORAL (TA) ASISTENCIA MÉDICA (MA) PROGRAMA DE AHORROS MEDICARE (MSP) CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)

Nos comprometemos a prestarle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa, con el fin de que usted pueda llegar a valerse por sí mismo(a). De la misma manera, usted se compromete a valerse por sí mismo(a), para lo cual debe participar en actividades que le ayuden a alcanzar esta meta, incluyendo actividades laborales relacionadas con los programas de Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos según corresponda. En esta solicitud «Asistencia Temporal» o «TA» se refieren a «Asistencia para Familias» y «Asistencia Red de Seguridad». A estos programas de asistencia pública les llamamos «Asistencia Temporal». El objetivo de los programas de TA es prestarle asistencia para que usted pueda sostenerse plenamente, tanto a sí mismo(a) como a su familia.

Para rellenar esta solicitud de recertificación consulte el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» (Pub-1313 Statewide-SP)

MARQUE CADA PROGRAMA QUE USTED O LOS MIEMBROS DEL HOGAR SOLICITAN	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal Y Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal 1 <input type="checkbox"/> Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Programa de Ahorros Medicare <input type="checkbox"/> Cupones para Alimentos	¿CUÁL ES SU SITUACIÓN?					
DESEA RECIBIR AVISOS EN: <input type="checkbox"/> ESPAÑOL E INGLÉS <input type="checkbox"/> SÓLO EN INGLÉS	CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO (indíquelo) 2	<input type="checkbox"/> Embarazada 1 <input type="checkbox"/> Víctima de violencia doméstica 2 <input type="checkbox"/> Necesita establecer paternidad 3 <input type="checkbox"/> Necesita sustento de menores 4 <input type="checkbox"/> Problemas de drogas o alcohol 5 <input type="checkbox"/> Desconexión de servicios públicos / combustible 6 <input type="checkbox"/> No tiene hogar/desamparado 7 <input type="checkbox"/> Urgencia personal o familiar 8 <input type="checkbox"/> Incendio u otro desastre 9 <input type="checkbox"/> No tiene empleo 5 10 <input type="checkbox"/> Problema serio de salud 11 <input type="checkbox"/> Pérdida reciente de ingresos 12 <input type="checkbox"/> Orden de desalojo pendiente 13 <input type="checkbox"/> No tiene alimentos 14 <input type="checkbox"/> Necesita cuidado de crianza 15 <input type="checkbox"/> Necesita cuidado de niños 16 <input type="checkbox"/> Otro _____ 17					
DATOS DEL BENEFICIARIO							
PRIMER NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	ESTADO CIVIL	Nº DE TELÉFONO			
Nº DE CASA	CALLE	APTO. Nº	CIUDAD 3	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE SU CORRESPONDENCIA (Rellene si recibe correspondencia a nombre de otra persona)							
DIRECCIÓN DE CORREO (SI DIFIERE DE LA ANTERIOR)			APTO. Nº	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
AGENCIA QUE AYUDA AL CLIENTE / PERSONA CONTACTO					Nº DE TELÉFONO	CÓDIGO DE ÁREA	
¿CUÁNTO HACE QUE VIVE EN EL DOMICILIO ACTUAL?	AÑOS	MESES	¿ES UN ALBERGUE?	OTRO Nº DE TEL. DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR	NOMBRE	Nº DE TELÉFONO	CÓDIGO DE ÁREA
INDICACIONES PARA LLEGAR A SU CASA							
DOMICILIO ANTERIOR			APTO. Nº	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Indique cambios ocurridos desde que presentó su solicitud o desde la última vez que presentó una recertificación (ejem: cambio de domicilio, bebé, ingresos, etc.) _____							
Si está presentando nuevamente una solicitud de Cupones para Alimentos (FS), tiene el derecho de devolver esta solicitud (presentarla) el mismo día que la recibe. Cuando la devuelva debe incluir por lo menos su nombre, domicilio (si tiene uno) y su firma abajo. Si reúne los requisitos, se le calcularán los cupones a partir de la fecha en que presentó la solicitud. Puede recibir los cupones más rápido si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos o éstos son escasos o sus gastos de renta y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos. Hable con la persona a cargo de su caso si tiene más preguntas al respecto.							
FIRMA DEL BENEFICIARIO DE CUPONES O DEL REPRESENTANTE						FECHA DE LA FIRMA	

INCLUYA A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN PRESENTANDO UNA RECERTIFICACIÓN. INCLUYA SU NOMBRE EN LA PRIMERA LÍNEA. FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE.

¿COMPRAS ALIMENTOS O PREPARAS COMIDAS CON USTED ESTA PERSONA (INCLUSIVE SUS HIJOS MENORES)?

ÚLTIMO GRADO DE EDUCACIÓN ALCANZADO

RI	LN	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	ESTA PERSONA ESTÁ RECERTIFICANDO PARA:				FECHA DE NACIMIENTO			Sexo M F	PARENTESCO CON USTED	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE INTEGRANTES QUE RECERTIFICAN (Vea el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» Pub-1313 Statewide-SP, o hable con la persona a cargo de su caso)	SI	NO
					TA	FS	MA	MSP	Mes	Día	Año					
	01												Yo mismo(a)			
	02															
	03		6													
	04															
	05															
	06															
	07															
	08															

FAVOR DE INCLUIR APELLIDOS DE SOLTERA U OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED U OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR HAYA SIDO CONOCIDO	Line N°	ONC	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO
	Line N°	ONC	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO

¿ALGUNA PERSONA SE INCORPORÓ AL HOGAR EN EL ÚLTIMO AÑO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE A CONTINUACIÓN.	¿VIVIÓ ANTES EN EL ESTADO DE NUEVA YORK? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿ALGUNA PERSONA SE RETIRÓ DEL HOGAR EN EL ÚLTIMO AÑO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE A CONTINUACIÓN.
NOMBRE		NOMBRE
NOMBRE		NOMBRE
IS ANYONE SANCTIONED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHO	REASON
		END DATE

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

NON-APPLICANT INFORMATION							
LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF FS HOUSEHOLD
			YES	NO			

INDIVIDUAL EDUCATION					
LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		03		05	
02		04		06	

INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE

Favor de leer cuidadosamente toda esta página antes de rellenarla. Si tiene dudas, consulte el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» o hable con la persona a cargo de su caso.

SECCIÓN 9

INCLUYA EN LA LISTA A TODAS LAS PERSONAS QUE ESTÁN RECERTIFICANDO O QUE DEBEN PRESENTAR UNA RECERTIFICACIÓN. SI TIENE DUDAS, CONSULTE EL FOLLETO DE INSTRUCCIONES «CÓMO LLENAR LA SOLICITUD» (PUB-1313 Statewide-SP) O HABLE CON LA PERSONA A CARGO DE SU CASO.

No tiene que rellenar las Secciones 9 ó 10 si sólo está presentando una recertificación de MA y:

- usted está embarazada
- no es ciudadano o nacional estadounidense, ni indígena norteamericano o inmigrante con condición migratoria aprobada. El término «condición migratoria aprobada» significa que el estado migratorio no invalida la habilitación de la persona para recibir beneficios bajo el programa correspondiente.

Debe rellenar las Secciones 9 ó 10 si usted:

- está presentando una recertificación de Asistencia Médica (MA) solamente, aunque no tiene que incluir a las personas que no solicitan Asistencia Médica.

SECCIÓN 10 - CERTIFICACIÓN

Algunos programas de servicios sociales requieren que usted certifique que es ciudadano(a) estadounidense, nativo(a) norteamericano(a) o nacional estadounidense, o inmigrante con estado migratorio aprobado. Otros programas no lo requieren. Si usted es un inmigrante y no sabe si tiene un estado migratorio aprobado, consulte el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud», o hable con la persona a cargo de su caso.

DEBE firmar la siguiente certificación solamente si usted es ciudadano(a) estadounidense, nativo(a) norteamericano(a) o nacional estadounidense, o inmigrante con estado migratorio aprobado, y usted está presentando una recertificación de:

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

Un integrante adulto del hogar o un representante autorizado puede firmar a favor de todos los integrantes del hogar. Por ejemplo: un *padre/luna madre* sin un estado migratorio aprobado puede firmar por los hijos que sí tienen una condición migratoria aprobada.

Una recertificación de cupones debe incluir a todas las personas que viven en el hogar. Una recertificación de Asistencia Temporal debe incluir a todos los niños para los cuales se solicita una recertificación: sus hermanos y hermanas, y los padres de todos los niños que viven bajo el mismo techo. Si no marca la casilla indicando si la persona de la lista es ciudadano(a) o nacional de Estados Unidos, o un inmigrante, o no proporciona el número de tarjeta de extranjero del inmigrante, dicha persona no recibirá prestaciones sociales, y el resto de los miembros del hogar recibirán prestaciones parciales. Si usted es indígena norteamericano, marque la casilla que lee, «CIUDADANO / NACIONAL».

FIRME* Y FECHE LA CASILLA A CONTINUACIÓN PARA CADA BENEFICIARIO.

LOS INMIGRANTES QUE PRESENTAN UNA RECERTIFICACIÓN DEBEN MARCAR (✓) LOS PROGRAMAS PARA LOS CUALES TIENEN UN ESTADO MIGRATORIO APROBADO. (CONSULTE EL FOLLETO DE INSTRUCCIONES «CÓMO LLENAR LA SOLICITUD», PUB-1313 STATEWIDE-SP).

LN	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	Marque, ya sea, «CIUDADANO / NACIONAL» o «INMIGRANTE»		Número de tarjeta de extranjero (si corresponde)	CERTIFICACIÓN	Fecha	T A	F S	MA	MS P
				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/ NACIONAL	<input type="checkbox"/> INMIGRANTE							
01				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/ NACIONAL	<input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X					
02				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/ NACIONAL	<input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X					
03			9	<input type="checkbox"/> CIUDADANO/ NACIONAL	<input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X	10				
04				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/ NACIONAL	<input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X					
05				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/ NACIONAL	<input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X					
06				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/ NACIONAL	<input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X					
07				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/ NACIONAL	<input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X					
08				<input type="checkbox"/> CIUDADANO/ NACIONAL	<input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X					

Por la presente certifico, so pena de perjurio, que el marcar una de las casillas arriba y firmar la certificación en la Sección 10, establece que yo y/o las personas en cuyo nombre firmo, soy/somos/son ciudadano(a)(s) estadounidenses, nativo(a)(s) norteamericanos o nacional(es) estadounidenses o inmigrante(s) con condición migratoria aprobada.



Entiendo que al firmar esta certificación, la información pertinente a aquellos miembros de mi hogar que solicitan una recertificación, podría someterse a verificación ante la Oficina de Servicios de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (USCIS), de ser pertinente. El uso o divulgación de los datos indicados arriba se limita a personas y organizaciones directamente asociadas con la verificación de datos migratorios y con la administración o cumplimiento de las disposiciones de los programas de Asistencia Temporal (TA), Beneficios de Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA) y el Programa de Ahorros Medicare (MSP).

* Toda persona que desee firmar la certificación pero que no pueda escribir, puede marcar las líneas con una "X" en presencia de un testigo. El testigo debe firmar abajo.

Las líneas fueron marcadas en mi presencia: _____ Firma del testigo: _____ Fecha de la firma: _____

INFORMACIÓN SOBRE PADRE / MADRE NO CUSTODIO / SUSTENTO DE MENORES / AYUDA CON GASTOS MÉDICOS

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS

Si usted está sometiendo una recertificación de Asistencia Temporal, debe ayudarnos a obtener sustento de menores / ayuda con gastos médicos para usted y sus hijos. Si solicita una recertificación de Asistencia Médica **solamente**, es posible que tenga que ayudarnos a obtener asistencia médica para usted y los hijos que solicitan una recertificación. Si tiene preguntas consulte el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» (PUB-1313 Statewide-SP). Incluya los nombres de todos los menores de 21 años de edad cuyos padres no viven en el hogar y todo dato que tenga sobre el padre / la madre no custodio de esa persona. Si usted es menor de 21 años de edad, incluya la información sobre su padre / madre no custodio que vive fuera del hogar.

NOMBRE DE MENORES DE 21 AÑOS DE EDAD	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE NO CUSTODIO	FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE NO CUSTODIO		
		MES	DÍA	AÑO
A.				
B.				
C.				
D.				
E.				

SOCIAL SECURITY NUMBER									

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted, pagos de sustento de menores? Sí No
 En caso afirmativo, llene la siguiente lista:

Circle whichever arrangement applies:
 Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? Yes No
 If Yes, how was it determined? court order agreement of the parties

¿QUIÉN LO RECIBE?	CANTIDAD QUE RECIBE	¿CADA CUÁNTO?	¿DE QUIÉN?
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Paternity Acknowledgement	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	LRR Letter/Questionnaire	
	Other Support	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	CSS Application (LDSS-2521)	
	IV-D (LDSS-2860)	
	Paternity	
CONSIDER		
<input checked="" type="checkbox"/>	Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Petition to Family Court	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Child Health Plus	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	TASA	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	SSI/SSA	

INFORMACIÓN SOBRE CÓNYUGE AUSENTE / FALLECIDO - Si el esposo o esposa de alguno de los solicitantes que presenta una recertificación vive en otro lugar o ha fallecido, favor de indicarlo a continuación.

NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE FALLECIMIENTO	SOCIAL SECURITY NUMBER

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ CONDADO: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

INFORMACIÓN SOBRE HIJOS AUSENTES - Si alguna de las personas que presenta una recertificación tiene un(a) hijo(a) menor de 18 años de edad que vive en otro lugar, indique a continuación:

NOMBRE DE PERSONA QUE SOLICITA UNA RECERTIFICACIÓN	NOMBRE DEL HIJO(A) AUSENTE	FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO (Calle, ciudad, condado y código de área)	¿PATERNIDAD ESTABLECIDA		¿PAGA SUSTENTO DE MENORES?	
				Sí	No	Sí	No

INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

TEEN PARENT:

TEEN PARENT CHILDREN

¿Hay un padre adolescente en el hogar que tenga menos de 18 años de edad? Sí No
 ¿Quién? _____
 ¿Vive en el hogar el hijo(a) del padre adolescente? Sí No
 Nombre del hijo(a) del padre adolescente _____

LN N° _____ Marital Status _____
 High School Diploma? _____
 LN N° _____ Marital Status _____
 High School Diploma? _____

LN NO _____ LN N° _____

EDUCACIÓN /CAPACITACIÓN

INDIQUE SI USTED O LA PERSONA QUE VIVE CON USTED Y QUE PRESENTA UNA RECERTIFICACIÓN O RECIBE ASISTENCIA:

¿Tiene diploma de la escuela superior o la equivalencia G.E.D.? Sí No

¿Quién? _____ 1

Fechas en que asistió _____

Fechas de finalización _____

¿Participa o participó en algún programa de capacitación **en los últimos 12 meses**? Sí No

¿Quién? _____

¿Dónde? _____ 2

Programa _____ 18

Fechas en que asistió _____

Fechas de finalización _____

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

¿Quién? _____ 3

¿Dónde? _____

¿Recibe una subvención de capacitación? Sí No 4

¿Quién? _____ Cantidad \$ _____

¿Recibe subsidios o préstamos educativos? Sí No 5

¿Quién? _____ Cantidad \$ _____

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

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____ 6

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the FS 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 diploma or G.E.D., and who is not attending school?		
Is anyone in training?		
Are any other supportive services appropriate?		
Are there any training related expenses?		

INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS						
INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVA CON USTED Y QUE PRESENTA UNA RECERTIFICACIÓN:	SÍ	NO	¿QUIÉN?	CANTIDAD / VALOR	¿QUIÉN?	CANTIDAD / 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) en cooperativas de crédito (<i>credit union</i>) 4						
Tiene seguro de vida 5						
Tiene título de propiedad o matrícula de vehículo(s) automotor(es) u otro tipo de vehículo(s) (especifique) Año _____ Marca/Modelo _____ Año _____ Marca/Modelo _____ 6						
Tiene acciones, bonos, certificados o fondos mutuos 7						
Tiene bonos de ahorro 8						
Tiene cuenta(s) IRA, Keogh, 401-(k) o de compensación diferida 9						
Tiene un fondo fiduciario irrevocable de entierro 10						
Tiene un fondo de entierro 11						
Tiene un sitio de entierro 12						
Tiene casa propia 13						
Tiene propiedad de bienes raíces, inclusive las que producen ingresos 14			19			
Tiene derecho a un reembolso de impuestos 15						
Tiene una anualidad 16						
Es beneficiario de un fondo fiduciario 17						
Espera recibir fondos de: un fideicomiso, indemnización de una demanda, herencia u otro tipo de ingreso 18						
Tiene cuenta(s) en administración fiduciaria (" <i>in trust</i> ") 19						
Tiene una caja de seguridad 20						
Tiene otros recursos además de los mencionados arriba 21						
¿Alguien (inclusive su cónyuge, aun si no somete una recertificación o no viven juntos), ha dado dinero en efectivo, vendido o transferido ingresos de bienes raíces o efectos personales en los últimos 36 meses? 22						
¿Alguien (inclusive su cónyuge, aun si no somete una recertificación o no viven juntos), ha constituido un fideicomiso o ha traspasado activos a una cuenta de fideicomiso en los últimos 60 meses? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ 23						

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS		
NEEDED	REFERRAL	COMPETED
	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	
<input checked="" type="checkbox"/>	"In Trust" Accounts
<input checked="" type="checkbox"/>	Children's Resources
<input checked="" type="checkbox"/>	Lump Sum
<input checked="" type="checkbox"/>	Boats, Campers, Snowmobiles
<input checked="" type="checkbox"/>	Income Tax Refund
<input checked="" type="checkbox"/>	Individual Development Account (IDA)
<input checked="" type="checkbox"/>	Exempt Vehicles
<input checked="" type="checkbox"/>	EIC
<input checked="" type="checkbox"/>	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?

INFORMACIÓN MÉDICA			
INDIQUE SI USTED O ALGUNA DE LA PERSONAS QUE VIVEN CON USTED Y QUE PRESENTA UNA RECERTIFICACIÓN:	SÍ	NO	¿QUIÉN?
Tiene cuentas médicas o gastos médicos	1		
Recibe Medicaid con sobrante	2		
Tiene seguro de salud o seguro hospitalario, de accidente (inclusive seguro del patrono)	3		
Puede recibir seguro médico del patrono	4		
Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul)	5		20
Tiene un asistente de salud	6		
Es ciego(a), está enfermo(a) o incapacitado(a)	7		
Es un niño(a) incapacitado(a)	8		
Está en un hospital, centro de convalecencia u otra institución médica	9		
Tiene cuentas médicas pagas o impagas de los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud	10		
Es o fue dependiente de drogas o alcohol	11		
Necesita servicios de cuidado en el hogar	12		
Recibe SSI o alguna vez solicitó SSI	13		
Está embarazada	14		
Participa en un programa de tratamiento por abuso de drogas o alcohol	16		
No ha podido trabajar durante al menos 12 meses debido a una incapacidad o enfermedad	17		
Tiene actividad diaria limitada debido a una incapacidad o enfermedad que ha durado o durará por lo menos 12 meses	18		
Tuvo un accidente automovilístico o de trabajo en los últimos dos años	19		
¿Ha pagado alguna agencia gubernamental (programa público), aparte de Asistencia Médica o Medicare, alguna de sus cuentas médicas?	20		

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS

POLICY NUMBER:

INSURANCE COMPANY NAME:

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 TA ONLY	

FECHA PROBABLE DEL PARTO: _____ 15

CONSIDER		
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
<input checked="" type="checkbox"/>	AD/SSI Related	
<input checked="" type="checkbox"/>	FS Aged/Disabled Indicator	
<input checked="" type="checkbox"/>	FS Medical Deduction	
<input checked="" type="checkbox"/>	TPHI Reimbursement	
<input checked="" type="checkbox"/>	Buy-In Eligibility	
<input checked="" type="checkbox"/>	Kreiger (LDSS-3664)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Domestic Violence	
<input checked="" type="checkbox"/>	SSI Referral	
<input checked="" type="checkbox"/>	Earned Income Credit	
<input checked="" type="checkbox"/>	Change in Resources	
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

Aquellas personas que reúnen los requisitos de Family Health Plus, deben adherirse a un plan de salud si desean recibir servicios médicos. Ciertos beneficiarios de Medicaid deben inscribirse a un plan de salud inmediatamente, otros tendrán que hacerlo después. En esta sección indique el plan de salud de su elección. Si no sabe cuál plan de salud escoger, hable con la persona a cargo de su caso.

NOTA: Si usted vive en un condado donde no es obligatorio que los beneficiarios de Medicaid se inscriban en un plan de salud, de igual manera se le inscribirá en el plan de salud de su elección, excepto si marca esta casilla.

Marque(✓) el programa	Nombre del plan que elige (Adultos de 19 a 64 años de edad deben elegir el plan FHPlus)	APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO MES / AÑO / DÍA	SEX M / F	Número de la tarjeta de Medicaid (si tiene una)	Número de Seguro Social (si está embarazada)	Médico de cabecera o Clínica (marque la casilla si él / ella es su médico actual)	Nombre y N° de ID del ginecólogo, obstetra (marque casilla si es su médico actual)
<input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> FHPLUS								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> FHPLUS								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> FHPLUS								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> FHPLUS								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIVIENDA

¿CÓMO SE LLAMA EL DUEÑO DE LA PROPIEDAD DONDE USTED VIVE?

¿DIRECCIÓN DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD?

¿NÚMERO DE TELÉFONO DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD?
() _____

	SÍ	NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA CANTIDAD
¿Tiene usted (o alguien que viva con usted) gastos de alquiler, hipoteca u otro gasto de vivienda?			\$ _____
¿Tiene usted (o alguien que viva con usted) los siguientes gastos, aparte de los costos del alquiler o vivienda?	SÍ	NO	
• Calefacción 1			
• Electricidad (alumbrar, cocinar, agua caliente) 2			
• Gas (cocinar, agua caliente) 3			
• Otros servicios (agua, etc.) 4			
• Aire acondicionado (tarifa mensual o paga electricidad de su propia cuenta) 5			
• Gastos por instalación de servicios 6			
¿Alguna persona, grupo u organización, aparte de los miembros de la unidad familiar, paga gastos del hogar? 7			
¿Vive en vivienda pública?			
¿Vive en una vivienda de la Sección 8 u otra vivienda subsidiada?			
¿Vive en una institución para la rehabilitación por el uso de drogas o alcohol?			
¿Vive en un albergue para víctimas de violencia doméstica?			

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRÉADAS

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 on Structure (Incl. Fire Insurance)	
5.	Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6.	Assessments (Sewer, etc.)	
D. Total Mortgage Payment (Line 1-6)		
E. Utility Installation Fees		
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 ✓ FS Household Comp. Rules ✓ FS Aged/Disabled Indicator ✓ Real Property Tax Credit ✓ Lifeline ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance ✓ Property Lien ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters are Shared by More Than One Household 		

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 (Water, etc.)					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Garbage					
J. Trash					
K. Other Expenses					

***Check Primary Heat Type:**

- Natural Gas
 Oil
 PSC Electric
 Coal
 Other _____
 Kerosene
 Propane
 Municipal Electric
 Wood

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

Actual Expenses	\$
- Actual Income	\$
= Difference	\$
Does Client Receive Contribution Towards Difference?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
If Yes, From Whom?	_____

- | CONSIDER |
|----------------------------------|
| ✓ Actual Expenses |
| ✓ Actual Shelter |
| ✓ Actual Fuel/Utility Costs |
| ✓ Telephone Expenses |
| ✓ Car Expenses |
| ✓ Furniture/Appliance Rental |
| ✓ Cable TV |
| ✓ Private School Tuition |
| ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses |

SOLICITO SE CIERRE MI CASO DE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal | <input type="checkbox"/> Cupones para Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica | <input type="checkbox"/> Programa de Ahorros de Medicare |

Entiendo que puedo volver a solicitarlo cuando lo desee.

Razón: _____

Firma **x** _____ Fecha _____

NOTES/COMMENTS

Large empty area for notes and comments.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

AVISOS

LEY DE PRIVACIDAD – RECOPIACIÓN Y USO DE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL - Se autoriza la recopilación del número de seguro social de cada miembro del hogar con respecto al programa de Cupones para Alimentos en virtud del Acta de Cupones para Alimentos de 1977 (y las respectivas modificaciones, 7 US Code 2011-2036).

Con respecto a todos los demás programas para los cuales este formulario solicita un número de seguro social, la recopilación de los mismos es también obligatoria y está autorizada conforme una o más de las siguientes disposiciones: Artículo 205(c) de la Ley de Seguro Social (42 U.S. Code 405), Artículo 1137 de la Ley de Seguro Social (42 U.S. Code 1320b-7) y Artículo 7 (a)(2) de la Ley de Privacidad de 1974. Consulte las Secciones 6 y 23 del folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud», o hable con la persona a cargo de su caso.

La información que recopilamos se usará para determinar si su hogar reúne los requisitos o sigue cumpliendo con los requisitos necesarios de los programas correspondientes. Verificaremos la información con programas informáticos de cruzamiento de datos. Los datos también se usarán para administrar y verificar el cumplimiento de las normas del programa.

Esta información se podrá divulgar a otras agencias estatales y federales con el propósito de llevar a cabo un análisis oficial, y a autoridades del orden público con el fin de capturar prófugos de la justicia.

También se utilizará para comprobar identidad, verificar ²⁴ todo tipo de ingreso, y para verificar si los padres ausentes pueden brindar cobertura de seguro médico a los solicitantes o beneficiarios; para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden obtener sustento de menores o pensión conyugal; y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda.

La información que se recopile pertinente a los solicitantes y beneficiarios de Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad, inclusive los números de seguro social, se utilizará en la selección de miembros de jurado.

Si se presenta un reclamo de cupones para alimentos en contra de su hogar, los datos recopilados en esta solicitud, inclusive los números de seguro social, se revelarán a agencias estatales, federales, como también a entidades privadas recaudadoras de deudas, con motivo de ejecutar el cobro de los reclamos. Los datos que se solicitan de cada integrante del hogar, con relación al programa de cupones, inclusive los números de seguro social, se da de manera voluntaria. Sin embargo, se le negarán los cupones a todo solicitante que no suministre el número de seguro social. Los números de seguro social de los integrantes del hogar que no habilitan se utilizarán y revelarán de la forma descrita anteriormente.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

MEDICAID - Usted tiene derecho de solicitar, cuando somete la solicitud de Asistencia Médica, o dentro de los dos años de sometida, el reembolso de los gastos médicos autorizados que usted incurrió en concepto de atención, servicios y suministros médicos durante los tres meses previos al mes en el que somete la solicitud. Una vez sometida la solicitud, sólo se tramitarán reembolsos de gastos por atención, servicios y suministros médicos autorizados si los mismos se obtuvieron de profesionales médicos afiliados a Medicaid.

FAMILY HEALTH PLUS – Si se determina que usted reúne los requisitos de Family Health Plus, su inscripción tendrá vigencia, a más tardar, dentro de los 90 días contados a partir de la fecha en que usted somete la solicitud completamente rellena. Si hay una demora o error en el proceso de inscripción, podrá solicitar el reembolso de los gastos que haya pagado como resultado del error o demora. Los gastos pendientes sólo se pagarán si el proveedor está afiliado a Medicaid.

MANUTENCIÓN - Al solicitar o recibir Asistencia para Familias (FA), Asistencia Red de Seguridad (SNA) o servicios de cuidado de crianza, se produce una cesión al Estado y al distrito local de servicios sociales de todo derecho de reclamar manutención de otra persona que el solicitante o beneficiario pueda tener por propio derecho o a favor de otro integrante del hogar en cuyo nombre el solicitante o beneficiario esté solicitando o recibiendo asistencia (Ley de Servicios Sociales, 158 y 348). En otras secciones de esta recertificación se establecen otras cesiones.

INFORMACIÓN SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS – Según legislación federal y los principios generales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. En virtud de la Ley de Cupones para Alimentos y las normas generales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, también se prohíbe toda discriminación basándose en creencias religiosas o políticas.

Si desea interponer una demanda por discriminación, comuníquese con: *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410* o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD); o *HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201* o llame al (202) 619-0403 (voz) - (202) 619-3257 (TDD), el Departamento de Agricultura de Estados Unidos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos, en calidad de suministrador y empleador, se adhiere a las normas de igualdad de oportunidades.

REPRESENTANTE AUTORIZADO DE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS – Usted puede autorizar a una persona, familiarizada con la situación de su hogar, para que **solicite** los Cupones (FS) en su nombre. Además, puede autorizar a una persona, que no forme parte del núcleo familiar, para que obtenga los cupones en su nombre y los utilice para comprarle alimentos. Si desea hacerlo, escriba el nombre de la persona, domicilio y número de teléfono en letra de molde a continuación.

Cuando un Representante Autorizado presenta una ²⁵ solicitud en nombre de un hogar beneficiario de Cupones que no vive en una institución, tanto el Representante Autorizado como el jefe del hogar beneficiario de cupones, debe fechar y firmar la sección de firmas que figura al pie de la página 16.

NOMBRE, DOMICILIO Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE)

SANCIONES – Su solicitud podría someterse a una investigación. Al firmar este acuerdo, usted da su consentimiento para cooperar con dicha investigación. Las leyes federales y estatales establecen sanciones en forma de multa, encarcelamiento, o ambas por no declarar la verdad cuando se solicita Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Beneficios de Cupones para Alimentos, Asistencia para Servicios o Cuidado de Niños (Asistencia, Beneficios o Servicios); o en todo momento cuando se le interrogue con relación a ²⁶ cumplimiento de los requisitos; o si usted induce a otra persona a no decir la verdad con relación a su solicitud, o acerca de la continuación de los requisitos necesarios relacionados con estos beneficios. También, se imponen sanciones si usted oculta o no revela información pertinente a los requisitos iniciales y requisitos necesarios para que continúe recibiendo Asistencia, Beneficios o Servicios, o si usted oculta o no revela información que afecte el derecho de la persona por la cual usted presenta una solicitud o solicita la continuación de Asistencia, Beneficios o Servicios y dicha Asistencia, Beneficios o Servicios son para el uso exclusivo de la otra persona y no para usted. Las leyes federales y estatales estipulan que toda transferencia de bienes por un valor menor del valor equitativo de venta, efectuada por una persona o por su cónyuge, dentro de los 36 meses (o 60 meses en caso de transferencias relacionadas con un fideicomiso) previos al día primero del mes en el cual la persona, no solamente recibe servicios provistos en un centro de cuidados de enfermería, sino que también presenta una solicitud para Asistencia Médica, **podría** afectar los requisitos necesarios de esta persona para recibir, por un determinado período de tiempo, servicios de enfermería o dispensas especiales de servicios comunitarios y domiciliarios. Es ilegal ocultar información o proporcionar información falsa con objeto de obtener Asistencia, Beneficios o Servicios.

LEA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN**AVISOS (continuación)****ADVERTENCIAS SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON LOS CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)**

Toda información relacionada con su solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos estará sujeta a verificación por autoridades federales, estatales y municipales. De encontrarse información inexacta, se le podrán negar los cupones. Se le podrá someter a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información falsa.

Usted **nunca más** podrá volver a recibir cupones (FS) si usted es:

- Declarado culpable, por segunda vez, en un tribunal de justicia por comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas para las cuales se requiere prescripción médica) a cambio de cupones; **o**
- Declarado culpable en un tribunal de justicia por vender o comprar armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de cupones; **o**
- Declarado culpable en un tribunal de justicia por el tráfico de cupones por un valor de \$500 o más. El tráfico incluye el uso, transferencia, adquisición, alteración o posesión ilegal de cupones, tarjetas de autorización o elementos de acceso; **o**
- Declarado culpable de cometer una tercera Violación Intencional del Programa (IPV).

No podrá recibir cupones durante dos años si es declarado culpable, por primera vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas para las cuales se requiere prescripción médica) a cambio de cupones.

Por la:

- Primera violación intencional (IPV), no podrá recibir cupones por un año.
- Segunda violación intencional (IPV), no podrá recibir cupones por dos años.

También, por orden judicial, se le podría prohibir recibir los cupones por un periodo adicional de 18 meses.

Si usted proporciona información falsa sobre su identidad o domicilio con el fin de obtener múltiples cupones, no podrá obtener cupones por diez años (o **de manera permanente** si ésta es su tercera violación).

Se le puede declarar culpable de una Violación Intencional del Programa si usted:

- Hace una declaración falsa o engañosa; o hace representaciones falsas, oculta o retiene información; **o**
- Comete un acto que constituya una violación de las leyes federales o estatales, con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar cupones, tarjetas de autorización o documentos reutilizables del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

También, se le puede imponer una multa de hasta \$250,000 una pena de prisión de hasta 20 años, o ambas.

CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

CESIÓN DE SEGUROS Y OTROS BENEFICIOS - Con relación a los beneficios de Asistencia Temporal y Asistencia Médica, acepto presentar todo reclamo por beneficios de seguro de salud o accidente, lesiones personales o cualquier otro recurso al cual tenga derecho y por la presente, cedo la totalidad de dichos recursos al funcionario de servicios sociales ante quien se presenta esta recertificación. Además, colaboraré para que todos los beneficios que se me asignen estén disponibles para el funcionario de servicios sociales ante quien se presenta esta recertificación.

REINTEGRO DE ASISTENCIA TEMPORAL (TA) – La Asistencia Temporal que usted reciba y la que reciban las personas de las cuales usted es legalmente responsable de mantener se puede recuperar por medio de sus bienes inmuebles o fondos que usted posea actualmente o adquiera en el futuro. Se le podrá exigir, como requisito para recibir Asistencia Temporal, 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 Asistencia Temporal.

REINTEGRO DE ASISTENCIA MÉDICA (MA) – Si usted se encuentre internado en una institución médica y no tiene previsto regresar a casa, al recibir MA, se podrá imponer un derecho de retención y recuperación sobre su propiedad inmobiliaria. La cantidad de asistencia médica que se haya pagado a su favor, se podrá cobrar de la persona que tenía la responsabilidad legal de su manutención al momento en que recibió los servicios médicos. Asistencia Médica también puede pedir el reintegro de los costos de servicios y primas pagadas incorrectamente.

PROGRAMA DE SALUD PARA NIÑOS / ADOLESCENTES – Entiendo que si mi hijo(a) se inscribe en Child Health Plus A (Medicaid), él o ella puede recibir cuidados integrales primarios y preventivos, inclusive todo tratamiento necesario y disponible del programa Child/Teen Health. Puedo obtener más información acerca de este programa del Departamento de Servicios Sociales.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR / VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR - Su hogar debe reportar los gastos de cuidado de niños y servicios públicos con el fin de obtener una deducción, según lo permite el programa de cupones. Su hogar deberá informar y verificar los gastos de alquiler o hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y de sustento de menores pagados a toda persona que no sea integrante del hogar con el propósito de recibir deducciones por estos gastos en cuanto al programa de cupones se refiere.

La acción de no informar o verificar los gastos mencionados anteriormente, se interpretará como una manifestación de su hogar de que no quiere obtener una deducción por los gastos no informados o verificados. Una deducción de estos gastos podría habilitarlo para recibir cupones o aumentar la cantidad que recibe. Puede informar o verificar estos gastos más tarde. Si los reporta o verifica más tarde, la deducción se aplicará al cálculo de beneficios de cupones que reciba de ahí en adelante, según las normas vigentes sobre reporte de cambios.

PAGO DIRECTO - Autorizo que los pagos que se hagan a mi nombre o a nombre de cualquier miembro de mi hogar por beneficios de seguro de salud o de accidente, se remitan directamente al funcionario apropiado de servicios sociales como pagos correspondientes por servicios médicos y por servicios de salud suministrados mientras reunimos los requisitos de Asistencia Médica.

MEDICARE - Autorizo que 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 reúno los requisitos de Asistencia Médica.

CAMBIOS - Acepto comunicar, **con prontitud**, a la agencia todo cambio que ocurra en cuanto a mis necesidades, ingresos, propiedades, situación de vivienda o domicilio, según mi leal saber y entender. Si solicito asistencia para el cuidado de niños, acepto informar inmediatamente a la agencia de todo cambio pertinente al ingreso del hogar, los integrantes del hogar, el empleo, cuidado de niños, y de otros cambios que pudiesen afectar mi habilitación para continuar recibiendo beneficios o la cantidad de los mismos. Si solicito asistencia para el cuidado de niños, acepto informar **inmediatamente** a la agencia todo cambio en los ingresos del hogar, quiénes viven en el hogar, empleo, cuidado de niños y de todo cambio que pudiese afectar mi habilitación para recibir beneficios o el monto de los mismos.

CONSENTIMIENTO PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN - Acepto que se lleve a cabo una investigación con objeto de verificar o confirmar la información que he proporcionado con relación a mi solicitud para recibir TA, MA, FS, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños. Daré información adicional, de ser necesario. También cooperaré enteramente con personal federal y estatal en una Revisión de Control de Calidad pertinente al programa de TA y FS.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME AL PIE DE LA PÁGINA

CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS (continuación)

SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA) - Entiendo que los beneficiarios de Asistencia Temporal (TA) y de Cupones para Alimentos (FS) reúnen los requisitos en base a una categoría de ingresos del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP, otorgado a ciertos beneficiarios de Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos, solicitaré el subsidio HEAP en los próximos 12 meses. Si decido no solicitar HEAP en los próximos 12 meses, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso. Entiendo que los beneficiarios de cupones reúnen los requisitos para recibir un subsidio telefónico si pagan por servicio residencial, teléfono celular, tarjeta telefónica o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

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 algún familiar.

REVELACIÓN DE REGISTROS EDUCATIVOS - Autorizo al Departamento de Salud del Estado y al departamento local de servicios sociales a:

- Obtener información relacionada con mis registros educativos y/o los de mi(s) hijo(s) o hija(s) menor(es), aquí nombrados(as), inclusive datos necesarios para reclamar el reembolso de Asistencia Médica por servicios de orientación en temas de salud.
- Facilitar a la agencia del gobierno federal correspondiente el acceso a estos datos con el único propósito de realizar auditorías.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN / PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA - Si mi hijo(a) es evaluado(a) para participar o participa en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, autorizo al Departamento local de Servicios Sociales y al Estado de Nueva York a compartir con el Programa de Intervención Temprana de mi condado o municipio la información de mi hijo(a) pertinente a los requisitos necesarios de Asistencia Médica con el fin de cobrarse del programa de Asistencia Médica.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA - Autorizo la revelación de toda información médica sobre mi persona y los miembros de mi familia en cuyo nombre puedo dar autorización, por parte de mi Prestador de Cuidados Primarios, todo otro prestador de cuidados de salud o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (SDOH) a mi plan de salud y a todo prestador de cuidados de salud que atienda a mi familia o a mí, según sea razonablemente necesario, para que mi plan de salud o prestadores cumplan con los tratamientos, pagos o acciones dirigidas al cuidado de la salud; por parte de mi plan de salud y todo prestador de cuidados de salud a SDOH y otras agencias autorizadas, federales, estatales o municipales, para la administración de los Programas Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus; y, por mi plan de salud a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para que mi plan de salud cumpla con los tratamientos, pagos o acciones dirigidas al cuidado de salud. Además, acepto que la información revelada incluya datos sobre VIH, salud mental o información relacionada al abuso de alcohol y sustancias con relación a mi persona y miembros de mi familia, en la medida permitida por la ley. Si más de un integrante adulto del hogar se inscribe en el programa Family Health Plus o Medicaid, cada adulto solicitante deberá firmar autorizando la revelación de información.

LIFELINE - Solicitantes / beneficiarios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos: Es posible que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (*New York State Office of Temporary and Disability Assistance*) revele su nombre y domicilio al suministrador de servicios telefónicos. Es posible que el suministrador de servicios telefónicos utilice esos datos para inscribirlo automáticamente en el servicio de descuento Lifeline.

Si usted no desea que se revelen esos datos, marque con una cruz este casillero .

Usted puede comunicarse directamente con el suministrador de servicios telefónicos y solicitar la tarifa de descuento Lifeline.

Los solicitantes / beneficiarios que reciben **únicamente** Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar el servicio de descuento Lifeline

AUTORIZACIÓN PARA EL REEMBOLSO DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA DE PAGOS RETROACTIVOS DE SSI - Autorizo al Comisionado de la Administración de Seguro Social (SSA) a enviar al distrito local de servicios sociales el monto que se me adeude al momento de mi primer pago de (1) beneficios retroactivos de Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI) que reciba al presentar la solicitud de SSI o (2) beneficios retroactivos de SSI que reciba si se me interrumpe o suspende el beneficio de SSI y más adelante se me restituyen los beneficios.

Entiendo que el distrito local de servicios sociales puede descontar de mi pago retroactivo de SSI, el monto de Asistencia Pública (salvo la asistencia pagada total o parcialmente con fondos federales) que me pagaron durante el período que comienza (1) el primer día en que reuní los requisitos de SSI o (2) el primer día en que se me volvieron a otorgar los beneficios de SSI después de un período de suspensión o interrupción y finaliza el mes en que efectivamente comenzaron los pagos de SSI (o el mes siguiente si el distrito local de servicios sociales no puede detener la emisión de mi último pago de asistencia pública durante el mes que se reiniciaron los pagos de SSI).

Después de deducir este dinero de mi(s) cheque(s) de SSI, el distrito local de servicios sociales me abonará el saldo, si existiese alguno, no después de 10 días hábiles a partir de la fecha en que reciba mi pago de SSI. Además, entiendo que si el distrito retiene más dinero del que yo considere se me pagó en de Asistencia Pública, tendré oportunidad a una audiencia.

Entiendo que:

- la Administración del Seguro Social (SSA) ~~puede~~ ²⁸ considerar la fecha en que presento esta autorización firmada al distrito local de servicios sociales como la fecha en que reúno las condiciones para recibir SSI si presento una solicitud para los beneficios iniciales de SSI dentro de los próximos 60 días.
- esta autorización se aplicará a toda solicitud de SSI o apelación que en la actualidad esté pendiente ante la SSA con respecto a mi persona y a toda solicitud de SSI que presente o apele con respecto al período que finaliza un año después de la fecha de mi firma en este acuerdo. No tendrá ningún efecto sobre los casos totalmente resueltos o si la SSA ya ha hecho el pago inicial de SSI sobre la base de mi solicitud o después de un período de suspensión o interrupción o si el Estado y yo convinimos de mutuo acuerdo interrumpir la autorización.

Esta autorización dejará de tener vigencia un (1) año después de que sea recibida por el distrito local de servicios sociales y no tendrá validez alguna sobre las nuevas solicitudes de SSI efectuadas a partir de esa fecha.

He leído y entiendo la información en los avisos arriba. Entiendo y acepto las cesiones, autorizaciones y consentimientos que aparecen arriba. Declaro bajo juramento y/o afirmo so pena de perjurio que la información que presenté o presentaré al distrito local de Servicios Sociales es correcta.

FIRMA DEL SOLICITANTE X	29 FECHA DE LA FIRMA	X FIRMA DEL ESPOSO / ESPOSA O REPRESENTANTE A CARGO DE PROTECCIÓN	FECHA DE LA FIRMA
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO X	FECHA DE LA FIRMA		

PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

Recuadro 1: Debe estar completo. Si usted responde NO, no complete este formulario.

Recuadro 2: Debe estar completo; no obstante, si usted responde NO, no complete este formulario A MENOS QUE usted sea un residente de Nueva York que habrá cumplido los 18 años de edad antes de finalizar este año.

Recuadro 4: Escriba el domicilio de su hogar.

Recuadro 5: Escriba su domicilio postal si difiere del de su hogar (Nº de casilla de correo, Nº de ruta, etc.)

Recuadro 8: Es opcional completar este recuadro.

Recuadro 9: Debe estar completo. Si usted posee una licencia de conducir de Nueva York vigente, debe proporcionar dicho número. De lo contrario, debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Nº de seguro social.

Recuadro 10: Si usted nunca ha votado antes, escriba "None" (ninguno). Si no recuerda cuándo votó por última vez, coloque un signo de interrogación (?). Si usted votó anteriormente utilizando otro nombre, escriba dicho nombre. Si no, escriba "Same" (mismo).

Recuadro 11: Para poder votar en la elección primaria de un partido, usted debe estar inscripto en uno de los 5 partidos constituidos en Nueva York. Marque sólo un recuadro.

Recuadro 12: Esta solicitud debe estar firmada y fechada con tinta.