

CENTER/OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	FS SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR	
CASE NAME							LIFELINE	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION			SERVICES TRANSACTION TYPE			
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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				SERVICES AUTHORIZATION PERIOD			
FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO	

**ESTADO DE NUEVA YORK**

SOLICITUD PARA: ASISTENCIA TEMPORAL (TA). ASISTENCIA MÉDICA (MA). PROGRAMA DE AHORROS MEDICARE (MSP). CUPONES PARA ALIMENTOS (FS). SERVICIOS (S), incluye Cuidado de Crianza (FC). ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS (CC)

*Nuestro compromiso es prestarle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa, con el fin de que usted pueda 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 de trabajo de Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos cuando sea necesario. Cuando vea «Asistencia Temporal» o «TA» en el formulario, significa «Asistencia para Familias» y «Asistencia Red de Seguridad». Ambos Programas de Asistencia Pública reciben la denominación de «Asistencia Temporal». El objetivo de los programas de TA, es prestarle asistencia sólo hasta que usted pueda sostenerse plenamente, tanto a sí mismo(a) como a su familia. Al llenar esta solicitud consulte el folleto de instrucciones «Cómo Llenar la Solicitud» (Pub-1301 Statewide SP).*

MARQUE CADA PROGRAMA QUE USTED O UN MIEMBRO DE SU HOGAR ESTÉ SOLICITANDO

Asistencia Temporal y Asistencia Médica     Asistencia Temporal     Cuidado de Niños en lugar de TA     Asistencia Médica     Programa de Ahorros Medicare

Cupones para Alimentos     Servicios, incluye Cuidado de Crianza     Asistencia para el Cuidado de niños     Pago de Emergencia solamente (EMRG)

QUIERE RECIBIR AVISOS EN:  ESPAÑOL E INGLÉS     SÓLO EN INGLÉS    ¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL?  INGLÉS     ESPAÑOL     OTRO (especifique) 2

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**      **ESCRIBA CLARO EN LETRA DE MOLDE**

PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		ESTADO CIVIL:	No. DE TELÉFONO ( )
CASA Nº	DIRECCIÓN RESIDENCIAL	APTO No.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO CÓDIGO POSTAL
DIRIGIR CORRESPONDENCIA A (Complete si su correspondencia debe ir dirigida a nombre de otra persona)					
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA ANTERIOR)		APTO No.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO CÓDIGO POSTAL
AGENCIA QUE AYUDA AL SOLICITANTE / PERSONA DE CONTACTO				No. DE TELÉFONO ( )	PREFIJO
¿CUÁNTO HACE QUE VIVE EN SU DIRECCIÓN ACTUAL?	AÑOS	MESES	¿ES UN ALBERGUE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	OTRO NÚMERO DE TEL. DONDE SE PUEDA LOCALIZAR	NOMBRE
				No. DE TELÉFONO ( )	PREFIJO

- ¿ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES APLICA A SU CASO?**
- Embarazada 1
  - Víctima de violencia doméstica 2
  - Necesita establecer paternidad 3
  - Necesita manutención infantil 4
  - Problemas de drogas/alcohol 5
  - Falta o desconexión de servicios públicos/combustible 6
  - No tiene hogar/desamparado(a) 7
  - Problema personal o familiar urgente 8
  - Incendio u otro desastre 9
  - Desempleado(a) 10
  - Problema médico serio 11
  - Pérdida reciente de ingresos 12
  - Orden de desalojo pendiente 13
  - No tiene comida 14
  - Necesita cuidado de crianza 15
  - Necesita cuidado de niños 16
  - Otra \_\_\_\_\_ 17

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU CASA

DIRECCIÓN ANTERIOR	APTO No.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------------------	----------	--------	---------	--------	---------------

Si solicita Cupones para Alimentos (FS), tiene el derecho de devolver esta solicitud el mismo día que la recibe. Cuando la devuelva, debe incluir, por lo menos, su nombre, dirección (si tiene una) y su firma abajo. Si reúne los requisitos, se calcularán los FS a partir de la fecha en que presentó la solicitud. Puede obtener FS más rápido si recibe ingresos bajos o si no recibe ingresos o no tiene recursos líquidos o si su alquiler y gastos por servicios públicos sobrepasan sus ingresos y recursos líquidos. Si tiene preguntas al respecto, hable con la persona a cargo de su caso.

FIRMA DEL SOLICITANTE DE FS / FIRMA DEL REPRESENTANTE      FECHA DE LA FIRMA

**X**

**INCLUYA EN LA LISTA A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO AYUDA CON USTED. INDIQUE SU NOMBRE EN LA PRIMERA LÍNEA. *ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE.***

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

MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO

NRO. DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS QUE SOLICITAN AYUDA  
(Vea el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» Pub-1301 Statewide SP, o consulte con la trabajadora social)

(Inicial 2do. nombre)				ÉSTA PERSONA ESTÁ SOLICITANDO:										FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	PARENTESCO CON USTED	NRO. DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS QUE SOLICITAN AYUDA (Vea el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» Pub-1301 Statewide SP, o consulte con la trabajadora social)	SI	NO
RI	LN	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG	Mes	Día	Año	M				
	01																	Yo mismo(a)		
	02																			
	03			6																
	04																			
	05																			
	06																			
	07																			
	08																			

Línea No.	ONC	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO
	7			
Línea No.	ONC	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO

INCLUYA APELLIDOS DE SOLTERA U OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED U OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR HAYA SIDO CONOCIDO

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

**NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS**

**NON-APPLICANT INFORMATION**

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

IMMIGRATION INFORMATION										INDIVIDUAL EDUCATION				
LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO				
											01		05	
											02		06	
											03		07	
											04		08	

LN	CÓDIGOS INDICADORES DE RAZA / AFILIACIÓN ÉTNICA							CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES									
	<b>H</b> hispano o latino <b>I</b> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <b>A</b> Asiático <b>B</b> Negro o afro-americano <b>P</b> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico <b>W</b> Blanco <b>U</b> Desconocida ( <b>sólo MA</b> )								REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL	
	ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) SI ES HISPANO O LATINO																	
	ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) PARA CADA AFILIACIÓN ÉTNICA																	
H	I	A	B	P	W	U												
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		

ANTICIPATED FUTURE ACTION					CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS	CONSIDER	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
LINE NO.	CODE	DATE					✓ Relationship ✓ Filing Unit ✓ Legally Responsible Relative ✓ Single Economic Unit ✓ FS Household Composition ✓ FS Aged/Disabled Individual ✓ Photo ID/AFIS ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Health Insurance			
									Photo I.D.	
									Birth Verification	
									Marriage License	
									Social Security Card	
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE										
SFUI	CODE	SFUI	CODE						Code 9 Resolution	
SFUI	CODE	SFUI	CODE						Immigration Status	
									Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)	
NEEDED		REFERRALS			COMPLETED					
		CAP								
		Services								
		SSA								
		Legal								

**SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE**

Lea cuidadosamente esta página antes de rellenarla. Si tiene dudas, lea el folleto de instrucciones «Cómo Llenar la Solicitud» o hable con la persona a cargo de su caso.

**SECCIÓN 8:**

**INCLUYA EN LA LISTA A TODOS LOS SOLICITANTES O PERSONAS A LAS CUALES SE LES REQUIERE INCLUIRSE COMO SOLICITANTES.**

**SI TIENE ALGUNA DUDA, LEA EL FOLLETO DE INSTRUCCIONES «COMO LLENAR LA SOLICITUD» (PUB- 1301 Statewide-SP) O HABLE CON LA PERSONA A CARGO DE SU CASO.**

**No tiene la obligación** de llenar las Secciones 8 ó 9 si **solamente** solicita Asistencia Médica (MA) y:

- Usted está embarazada, o
- Usted está solicitando cobertura **sólo** para el tratamiento de una condición médica de **emergencia**.

**Debe** llenar las secciones 8 y 9 si desea:

- **Sólo** solicitar Asistencia Médica (MA); no tiene que incluir las personas que no desean solicitar MA.
- **Sólo** solicitar Asistencia para el Cuidado de Niños; sólo necesita proporcionar la información de los niños que recibirán Asistencia para el Cuidado de Niños.
- **Sólo** solicitar Cuidado de Crianza; necesita proporcionar solamente la información de los niños que recibirán el Cuidado de Crianza.
- Solicitar otros Servicios bajo ciertas circunstancias.

**SECCIÓN 9 - CERTIFICACIÓN**

Algunos programas de servicios sociales requieren que usted compruebe que es: ciudadano estadounidense, o indígena norteamericano, o nacional estadounidense, o un inmigrante con situación de inmigración satisfactoria. Otros programas no lo requieren. Si usted es un inmigrante y no está seguro si tiene una situación de inmigración satisfactoria, consulte el folleto de instrucciones «Cómo Llenar la Solicitud», o hable con la persona a cargo de su caso.

Se le **EXIGE** firmar la Certificación a continuación solamente si es ciudadano(a) estadounidense, indígena norteamericano(a) o nacional estadounidense o inmigrante con situación de inmigración satisfactoria, **y** está solicitando alguno de los programas a continuación:

- Asistencia Temporal (cuando hay niños en el hogar o uno de los miembros es una mujer embarazada)
- Cupones para Alimentos
- Asistencia Médica (**excepto** si la solicitante está embarazada)
- Programa de Ahorros Medicare
- Asistencia para el Cuidado de Niños (**sólo** necesita la certificación de los niños)
- Cuidado de Crianza (**sólo** necesita la certificación de los niños), u
- Otros Servicios bajo ciertas circunstancias.

Todo miembro adulto del hogar, o su representante autorizado puede firmar por el resto de los miembros del hogar. Por ejemplo: Un *padre* de familia sin una situación de inmigración satisfactoria puede firmar por los *hijos*, si éstos poseen una situación de inmigración satisfactoria.

**Una solicitud de FS debe incluir a todas las personas que viven en el hogar que solicita FS. Una solicitud de TA debe incluir a todos los niños para quienes solicita ayuda, sus hermanos y hermanas y los padres de los niños que vivan juntos. Si no indica que una persona de la lista es ciudadano(a) estadounidense, indígena o nacional estadounidense o inmigrante, o no incluye el número de tarjeta de inmigrante, ésta persona no recibirá asistencia y el resto de los miembros del hogar recibirán beneficios reducidos. Si usted es indígena norteamericano, marque la casilla que lee «ciudadano(a) / nacional».**

**EL SOLICITANTE DEBE FIRMAR\* Y COLOCAR LA FECHA EN LA CASILLA. EN EL CASO DE INMIGRANTES, MARQUE (✓) EL / LOS PROGRAMA(S) PARA LOS CUALES CADA SOLICITANTE TIENE UNA SITUACIÓN DE INMIGRACIÓN SATISFACTORIA. (CONSULTE EL FOLLETO DE INSTRUCCIONES «COMO LLENAR LA SOLICITUD», PUB-1301 STATEWIDE-SP).**

LN	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	Para cada persona marque con una cruz «CIUDADANO(A) / NACIONAL» o «INMIGRANTE», según convenga.	Número de tarjeta de inmigrante (Si es pertinente)	CERTIFICACIÓN	Fecha	T A	F S	M A	M S P	C C	F C	S	E M R G
01				<input type="checkbox"/> CIUDADANO(A)/ NACIONAL <input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X									
02				<input type="checkbox"/> CIUDADANO(A)/ NACIONAL <input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X									
03				<input type="checkbox"/> CIUDADANO(A)/ NACIONAL <input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X	9								
04				<input type="checkbox"/> CIUDADANO(A)/ NACIONAL <input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X									
05				<input type="checkbox"/> CIUDADANO(A)/ NACIONAL <input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X									
06				<input type="checkbox"/> CIUDADANO(A)/ NACIONAL <input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X									
07				<input type="checkbox"/> CIUDADANO(A)/ NACIONAL <input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X									
08				<input type="checkbox"/> CIUDADANO(A)/ NACIONAL <input type="checkbox"/> INMIGRANTE	A	Firma X									

Al marcar una de las casillas arriba y firmar la certificación de la Sección 9, yo certifico, so pena de perjurio, que yo y/o las personas por las cuales estoy firmando, soy/somos/son ciudadano(a)(s) estadounidense(s), norteamericano(a)(s) nativo(a)(s) o nacional(es) estadounidense(s) o inmigrante(s) con situación de inmigración satisfactoria.



Entiendo que al firmar esta Certificación, la información relativa a los miembros de mi hogar que figura en esta solicitud puede someterse al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) con el propósito de verificar la situación de inmigración, si es pertinente. El uso o revelación de la información indicada arriba está restringido a personas y organizaciones directamente relacionadas con la verificación de la situación migratoria y la administración o cumplimiento de las disposiciones de los programas de Asistencia Temporal (TA), Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA), Programa de Ahorros Medicare (MSP), Asistencia para el Cuidado de Niños (CC), Cuidado de Crianza (FC) y Servicios (S).

\* La 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 a continuación.  
 Las líneas fueron marcadas en mi presencia: \_\_\_\_\_ Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE PADRE / MADRE QUE NO EJERCE CUSTODIA / SUSTENTO DE MENORES / AYUDA CON GASTOS MÉDICOS**

**NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS**

Si solicita Asistencia Temporal, debe ayudarnos a obtener sustento de menores / ayuda con gastos médicos para usted y sus hijos. Si solicita **sólo** Asistencia Médica, es posible que tenga que ayudarnos a obtener ayuda médica para usted y sus hijos solicitantes. Si solicita Asistencia para el Cuidado de Niños y/o Cuidado de Crianza, es posible que tenga que ayudarnos a obtener sustento de menores para los niños solicitantes. Si tiene dudas, consulte el folleto de instrucciones «Cómo Llenar la Solicitud» (PUB-1301 Statewide-SP). Incluya los nombres de todos los menores de 21 años cuyos padres no viven en el hogar, y escriba toda la información que posee sobre el padre/madre que no tiene la custodia de esta persona. Si **usted** es menor de 21 de edad, escriba la información sobre **su** padre / madre que no tiene **su** custodia y que no vive en el hogar.

NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE 21 AÑOS	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE / MADRE QUE NO EJERCE CUSTODIA	FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE / MADRE QUE NO EJERCE CUSTODIA			SOCIAL SECURITY NUMBER
		MES	DÍA	AÑO	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

¿Recibe usted o alguien que viva con usted, pagos de sustento de menores? En caso afirmativo, complete la lista:  Sí  No

Circle whichever arrangement applies:  
Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody?  Yes  No

PERSONA QUE RECIBE EL DINERO	CANTIDAD RECIBIDA	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	¿QUIÉN PROPORCIONA EL DINERO?
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

If Yes, how was it determined?  
 court order  agreement of the parties

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	

**INFORMACIÓN SOBRE CÓNYUGE AUSENTE O FALLECIDO** – Si el esposo o la esposa de alguna de las personas solicitantes vive en otro domicilio o ha fallecido, indíquelo a continuación.

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

DOMICILIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CONDADO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	CSS Application (LDSS-2521)	
	IV-D (LDSS-2860)	
	Paternity	

**INFORMACIÓN SOBRE HIJOS AUSENTES** - Si alguna de las personas solicitantes tiene un hijo(a) menor de 18 años de edad que resida en otro domicilio, por favor indíquelo a continuación.

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE DEL HIJO(A) AUSENTE	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Condado, Estado y Código Postal)	¿SE HA ESTABLECIDO LA PATERNIDAD DEL HIJO(A)?		¿CONTRIBUYE USTED A LA MANUTENCIÓN DE SU HIJO(A)?	
				Sí	No	Sí	No

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"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	SSI/SSA

**INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES**

**TEEN PARENT:**

¿Hay algún padre / madre adolescente en el hogar?  Sí  No  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Vive en el hogar el hijo del padre/madre menor de 18 años?  Sí  No  
 Nombre del hijo(a) del padre/madre adolescente \_\_\_\_\_

LN NO. \_\_\_\_\_ Marital Status \_\_\_\_\_  
 High School Diploma? \_\_\_\_\_  
 LN NO. \_\_\_\_\_ Marital Status \_\_\_\_\_  
 High School Diploma? \_\_\_\_\_

**TEEN PARENT CHILDREN**

LN NO. \_\_\_\_\_ LN NO. \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:						
Indique si usted o alguna de las personas que vive con usted recibe dinero proveniente de:	SI	NO	¿QUIÉN?	SUMA / VALOR	¿QUIÉN?	SUMA / VALOR
Salario, sueldo, incluyendo horas extra, comisiones, programas de capacitación, propinas	1					
Trabajo por cuenta propia	2					
Beneficios de Seguro de Desempleo	3					
Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	4					
Beneficios del Seguro Social por Incapacidad	5					
Beneficios de Dependiente del Seguro Social	6					
Beneficios del Seguro Social para Sobrevivientes	7					
Beneficios de Pensión de Jubilación del Seguro Social	8					
Beneficios de Retiro Ferroviario	9					
Beneficios de Jubilación (Pensiones)	10					
Dividendos / Intereses sobre acciones, bonos, ahorros, etc.	11					
Compensación Laboral	12					
Beneficios de Incapacidad del Estado de Nueva York	13					
Beneficios de Pensiones de Veteranos / Ayuda y Atención	14					
Subsidio de Asistencia Pública	15					
Asignación de dependencia GI	16					
Becas o préstamos educativos	17					
Contribuciones/Regalos (Recibidos)	18					
Pagos por Cuidado de Crianza (Recibidos)	19					
Pagos por Sustento de Menores (Recibidos)	20					
Pagos de Pensión Alimenticia / Manutención (Recibidos)	21					
Seguro Privado de Incapacidad, Ingreso Seguro de Salud/Accidente	22					
Beneficios por Accidente (No-Fault)	23					
Beneficios Sindicales (Incluyendo Beneficios por Huelgas)	24					
Préstamos (Recibidos)	25					
Ingresos de un Fideicomiso (incluyendo ingresos que actualmente tiene derecho a recibir o tuvo derecho a recibir en el pasado y que aún no han sido pagados).	26					
Asignaciones para Capacitación	27					
Ingresos por Pagos de Alquiler (Recibidos)	28					
Ingresos de Subarrendatarios / Huéspedes (Recibidos)	29					
<b>OTROS INGRESOS</b>						
(especifique)						

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS				
CD	INCOME			
	LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
01				
20				
49				
45				
42				
43				
44				
38				
39				
03				
59				
33				
55				
37				
10				
06				
02				
50				
31				
14				

**CONSIDER**

- Child Support Pass-Through
  - Explained  Budgeted
- FS Aged/Disabled Indicator
- Disability Review
- Refugee Matched Grants

**INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO / MADRASTRA / PATROCINADOR DE INMIGRANTE**

**Conteste todas las preguntas siguientes**

	SI	NO	¿QUIÉN?
¿Tiene el padrastro o la madrastra de alguno de los niños que vive con usted algún tipo de recurso o recibe algún tipo de ingreso?			15
¿Hay algún inmigrante en su hogar que haya sido patrocinado(a) para entrar a Estados Unidos?			

NOMBRE DEL PATROCINADOR(A): \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	



**EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN**

**INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED ESTÁ SOLICITANDO O RECIBIENDO ASISTENCIA:**

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

¿Quién? \_\_\_\_\_ 1

Fechas en que asistió \_\_\_\_\_

Fechas de finalización \_\_\_\_\_

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

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_ 2

Programa \_\_\_\_\_

Fecha(s) de asistencia \_\_\_\_\_

Fecha(s) de conclusión de los estudios \_\_\_\_\_

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

¿Quién? \_\_\_\_\_ 3

¿Dónde? \_\_\_\_\_

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

¿Quién? \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ 4

¿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	

FS STUDENT ELIGIBILITY CRITERIA	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the FS 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 diploma or G.E.D., 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"/>

INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS ECONÓMICOS						
INDIQUE SI USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVE CON USTED Y QUE APARECE EN ESTA SOLICITUD:	SÍ	NO	¿QUIÉN?	¿SI? ESCRIBA SUMA O VALOR	¿QUIÉN?	¿SI? ESCRIBA SUMA O 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 título de propiedad de un(os) vehículo(s) automotor(es) u otro(s) vehículo(s) (especifique) Año _____ Marca/Modelo _____ Año _____ Marca/Modelo _____	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 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		18			
Tiene bienes raíces que producen o no producen ingresos	14					
Tiene derecho a un reembolso por su declaración de impuestos	15					
Tiene una anualidad	16					
Es nombrado(a) beneficiario(a) de un fondo fiduciario	17					
Espera recibir algún fondo fiduciario, indemnización por una demanda, herencia o ingresos de cualquier otra fuente	18					
Tiene cuenta(s) en administración fiduciaria ("in trust")	19					
Tiene una caja de seguridad	20					
Tiene otros recursos además de los mencionados anteriormente:	21					
¿Alguien (incluyendo su cónyuge, aunque no esté solicitando o no esté viviendo con usted) ha donado dinero en efectivo o ha vendido/transferido algún bien raíz, ingreso o propiedad personal en los últimos 36 meses?	22					
¿Alguien (incluyendo su cónyuge, aunque no esté solicitando o no esté viviendo con usted) ha constituido un fideicomiso o ha traspasado activos a una cuenta de fideicomiso durante los últimos 60 meses? Si la respuesta es sí, ¿cuándo?	23					

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS		
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
✓ "In Trust" Accounts
✓ Children's Resources
✓ Lump Sum
✓ Boats, Campers, Snowmobiles
✓ Income Tax Refund
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Exempt Vehicles

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

\*IF EXEMPT, WHY?

INFORMACIÓN MÉDICA				NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS			REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																																
INDIQUE SI USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVE CON USTED Y APARECE EN ESTA SOLICITUD:				SÍ	NO	¿SÍ? ¿Quién?																																			
Tiene cobros médicos o gastos médicos relacionados con la atención médica <span style="float: right;">1</span>								Pregnancy Statement																																	
Tiene Medicaid con sobrante ( <i>spenddown</i> ) <span style="float: right;">2</span>								Med/Psych Statement																																	
Tiene seguro de salud o seguro hospitalario/de accidente (incluyendo seguros por parte del empleador) <span style="float: right;">3</span>							POLICY NO.:	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)																																	
Tiene seguro médico por medio del empleador <span style="float: right;">4</span>							INSURANCE COMPANY NAME:	Drug/Alcohol Statement																																	
Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul) <span style="float: right;">5</span>				19				Paid or Unpaid Medical Bills																																	
Tiene un asistente de salud <span style="float: right;">6</span>								SSI Application Verification <b>TA ONLY</b>																																	
Es ciego(a), está enfermo(a) o incapacitado(a) <span style="float: right;">7</span>								<b>CONSIDER</b>																																	
Es un niño(a) incapacitado(a) <span style="float: right;">8</span>								<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																																	
Está en un hospital, en un centro de servicios de enfermería ( <i>nursing home</i> ) u otra institución médica <span style="float: right;">9</span>																																									
Tiene cuentas médicas pagadas o por pagar de los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud <span style="float: right;">10</span>																																									
Tiene / tuvo una dependencia a las drogas o alcohol <span style="float: right;">11</span>																																									
Necesita servicios de cuidado en el hogar <span style="float: right;">12</span>																																									
Recibe SSI o alguna vez solicitó SSI <span style="float: right;">13</span>							<b>NEEDED</b>	<b>REFERRALS</b>	<b>COMPLETED</b>																																
Está embarazada <span style="float: right;">14</span>								SSI (D-CAP)																																	
Recibe tratamiento de un programa por abuso de drogas o alcohol <span style="float: right;">16</span>							Si está embarazada, indique fecha de parto: _____ 15																																		
No ha podido trabajar por lo menos 12 meses debido a una incapacidad o enfermedad <span style="float: right;">17</span>								Disability Interview (LDSS-1151)																																	
Tiene actividad diaria limitada debido a una incapacidad o enfermedad que ha durado o durará un mínimo de 12 meses <span style="float: right;">18</span>								Medical Report (LDSS-486, 486t)																																	
Ha sufrido un accidente automovilístico o relacionado al trabajo en los últimos dos años <span style="float: right;">19</span>								Disability Report																																	
¿Ha pagado a alguna agencia gubernamental (programa público) aparte de Asistencia Médica o Medicare, alguna de sus cuentas médicas? <span style="float: right;">20</span>								AD																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">RETROACTIVE MEDICAID</th> <th style="width: 20%;">WHO</th> <th style="width: 10%;">DATE</th> <th rowspan="5" style="width: 10%; text-align: center;">RECURRING MEDICAL EXPENSES</th> <th style="width: 15%;">WHO</th> <th style="width: 10%;">AMOUNT \$</th> <th style="width: 10%;">AMOUNT \$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$	AMOUNT \$																														TPHI	
				RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE		RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$	AMOUNT \$																														

**ELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD**

Las personas que reúnen los requisitos de Family Health Plus deben inscribirse en un plan de salud para recibir servicios de salud. Es posible que algunas personas inscritas en Medicaid tengan que inscribirse inmediatamente en un plan de salud y otras lo tengan que hacer próximamente. Use esta sección para elegir un plan de salud. Si no conoce los planes de salud disponibles, hable con la persona a cargo de su caso.

**NOTA:** Si usted vive en un condado que no requiere que los beneficiarios de Medicaid se inscriban en un plan de salud, inscribese de todas formas en un plan de salud, excepto si marca este casillero

Marque (✓) Programa	Nombre del Programa que elije (Adultos entre 19 a 64, deben elegir FHPlus)	APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO MES / DÍA / AÑO	SEX M / F	ID de Tarjeta Medicaid, si tiene una	No. Seguro Social (opcional si está embarazada)	Doctor de cabecera (PCP) o Centro de Salud (¿proveedor actual? marque casilla)	Nombre y ID de OB/GYN (¿proveedor actual? marque casilla)
<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"/>

**INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA**

¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD DONDE USTED VIVE?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿CUÁL ES EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD?  
 ( ) \_\_\_\_\_

	SÍ	NO	¿SÍ? INDIQUE LA SUMA
¿Tiene usted (o alguien que vive con usted) gastos de alquiler, hipoteca u otros gastos de vivienda?			\$
¿Tiene usted (o alguien que vive con usted) gastos de calefacción, aparte del costo del alquiler o vivienda?			\$
¿Tiene usted (o alguien que vive con usted) los siguientes gastos, aparte del costo del alquiler o vivienda?	SÍ	NO	¿SÍ? INDIQUE LA SUMA
• Electricidad <span style="float:right">1</span>			\$
• Gas <span style="float:right">2</span>			\$
• Otros servicios (agua, etc.) <span style="float:right">3</span>			20 \$
• Aire acondicionado <span style="float:right">4</span>			\$
• Gastos de instalación de servicios públicos <span style="float:right">5</span>			\$
¿Paga alguna persona, grupo u organización, ajeno al hogar, algún gasto del hogar? <span style="float:right">6</span>			\$
¿Vive usted en una vivienda pública? <span style="float:right">7</span>			
¿Vive usted en una vivienda de la Sección 8 ó en alguna otra vivienda subsidiada? <span style="float:right">8</span>			
¿Vive usted en algún hogar de rehabilitación por abuso de drogas o alcohol? <span style="float:right">9</span>			
¿Vive usted en algún refugio para víctimas de violencia doméstica? <span style="float:right">10</span>			

**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/Phone Installation Fees	
<b>TOTAL</b> (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	
<b>CONSIDER</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utility and/or Fuel Restrict</li> <li>✓ Utility Guarantee</li> <li>✓ HEAP</li> <li>✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount</li> <li>✓ Foster Care Related Additional Allowances</li> <li>✓ FS Household Comp. Rules</li> <li>✓ FS Aged/Disabled Indicator</li> <li>✓ Real Property Tax Credit</li> <li>✓ Life Line</li> <li>✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance</li> <li>✓ Property Lien</li> <li>✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared By More than One Household</li> </ul>		

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

INFORMACIÓN ADICIONAL			
OTROS GASTOS			
INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y APARECE EN ESTA SOLICITUD	SÍ	NO	¿SÍ? ¿CANTIDAD?
Paga sustento de menores	1		\$
Paga pensión alimenticia	2		\$
Tiene gastos por el cuidado de niños	3	21	\$
Tiene gastos por el cuidado de personas a cargo	4		\$
Paga instrucción y matrícula	5		\$
Tiene gastos adicionales Especifique _____	6		\$

¿Usted, o alguien que viva con usted y que aparece en esta solicitud debe como mínimo cuatro meses de manutención por orden judicial a un niño(a) menor de 18 años de edad? 7  Sí  NO

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

¿Compra usted o piensa comprar comidas de un servicio de entrega a domicilio o de un servicio comunal? 8  Sí  NO

¿Puede preparar comidas en su casa? 9  Sí  NO

¿Ha pertenecido usted o algún miembro de su hogar a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? 10  Sí  NO  
¿Quién? \_\_\_\_\_ 22

¿Ha pertenecido su cónyuge a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? 11  Sí  NO

¿Es algún miembro de su hogar una persona que depende de alguien que sirvió o sirvió en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? ¿Quién? 12  Sí  NO

¿Recibe usted o alguien que viva con usted asistencia o servicios **actualmente**?  Sí  NO

¿SÍ? ¿QUIÉN?	TIPO DE ASISTENCIA	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

¿Ha recibido usted o alguien que viva con usted asistencia o servicios **anteriormente**?  Sí  NO

¿SÍ? ¿QUIÉN?	TIPO DE ASISTENCIA	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS			
HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH
	Sí	No	Yes No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

INFORMACIÓN ADICIONAL (cont.)	SÍ	NO	¿QUIÉN?
¿Se ha trasladado usted o alguno de los solicitantes que vive con usted a <b>este</b> condado desde otro condado del <b>Estado de Nueva York</b> en los últimos dos meses?			
¿Ha sido usted o alguien que vive con usted declarado culpable y/o se ha determinado que ya no reúne los requisitos para recibir los beneficios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos debido a fraude/violación intencional del programa?			
¿Ha recibido usted o alguien que vive con usted beneficios a los que no tenía derecho y los cuales no han sido completamente reembolsados a esta agencia o a otra agencia?			
¿Se le ha declarado culpable a usted o a algún miembro de su hogar de hacer declaraciones fraudulentas con respecto al domicilio con el fin de recibir Asistencia Temporal en dos o más estados?			
¿Está usted o algún miembro de su hogar huyendo para evitar un proceso judicial, encarcelamiento o condena por delito grave?			
¿Está usted o algún miembro de su hogar en violación de libertad condicional ( <i>probation</i> ) o libertad bajo palabra ( <i>parole</i> )?			

**ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDAD**

He  No he  vendido, traspasado o cedido alguna propiedad mía para adquirir beneficios de Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	



## LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE APARECE A CONTINUACIÓN

### AVISOS

#### LEY DE PRIVACIDAD - RECOPIACIÓN Y USO DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) -

La recopilación del número de seguro social (SSN) de cada miembro del hogar, con relación a los beneficios de Cupones para Alimentos, el legal conforme al Acta de Cupones para Alimentos de 1977 (Código 7 de EE.UU. enmendado 2011-2036).

Con respecto a todos los otros programas para los cuales esta solicitud exige un SSN, la recopilación del SSN también es obligatoria y esta autorizada bajo una o más secciones de las siguientes leyes: 205(c) del Acta del Seguro Social (código 42 de Estados Unidos 405), Sección 1137 del Acta del Seguro Social (Código 42 de Estados Unidos 1320b-7) y la Sección 7 (a)(2) del Acta 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 para recibir asistencia o beneficios. Verificaremos la información con programas informáticos de cruzamiento de datos. La información también se utilizará para administrar y controlar el cumplimiento de las normas del programa.

Esta información se podrá divulgar a otras agencias estatales y federales para su análisis oficial y a autoridades del orden público a efectos de poder detener a prófugos de la justicia.

Esta información se utilizará con motivo de: comprobar <sup>23</sup>identidad, verificar ingresos trabajados y no trabajados, determinar si los padres ausentes pueden recibir cobertura de salud para los solicitantes o beneficiarios, determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden obtener sustento de menores o pensión alimenticia y, determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero o cualquier otro tipo de ayuda.

La información recopilada con respecto a los solicitantes y beneficiarios de Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad, incluyendo el número de seguro social, se podrá utilizar en la formación de jurados.

Si surge una demanda de FS en contra de su hogar, la información contenida en esta solicitud, incluyendo todos los números de seguro social, podrá ser remitida a agencias estatales y federales, como también a agencias recaudadoras de deudas privadas, con objeto de realizar acciones de recaudación de deudas privadas. El proveer la información solicitada, incluyendo el número de seguro social de cada miembro del hogar, es voluntario, con respecto a los beneficios de Cupones para Alimentos. Sin embargo, se le negará el derecho a recibir Cupones para Alimentos a todo solicitante que no proporcione su número de seguro social. El número de seguro social de miembros que no reúnan los requisitos, también se utilizará y divulgará de la manera antes mencionada.

#### REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

**MEDICAID** - Usted tiene derecho, como parte de su solicitud de Asistencia Médica o dentro de los dos años posteriores a la fecha de la solicitud, a solicitar el reembolso de gastos médicos comprendidos en el plan, que usted haya incurrido por atención médica, servicios y suministros médicos recibidos durante los tres meses previos al mes en el que usted somete la solicitud. Una vez transcurrida la fecha de su solicitud, se le extenderá el reembolso de gastos por atención médica, servicios y suministros comprendidos en el plan, solamente si fueron obtenidos de proveedores participantes de Medicaid.

**FAMILY HEALTH PLUS** - Si usted reúne los requisitos de Family Health Plus, su inscripción será válida, a más tardar, 90 días de la fecha de presentación de la solicitud completamente rellena. Si se produce algún error o demora en el proceso de inscripción, existe la posibilidad de reembolso de gastos incurridos como resultado del error o la demora. Los gastos pendientes sólo se pagarán si el proveedor participa en 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 manutención de otra persona que el solicitante o beneficiario pueda tener por su propio derecho o a favor de otro integrante de la familia en cuyo nombre el solicitante o beneficiario esté solicitando o recibiendo asistencia (Ley de Servicios Sociales, 158 y 348). Encontrará cesiones adicionales en otras secciones de esta solicitud.

**AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS** - De acuerdo con la legislación federal y los principios generales del Departamento de Agricultura (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (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 USDA, también se prohíbe toda discriminación basándose en creencias religiosas o políticas.

Si desea interponer una demanda por discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Mande una carta a: *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). También, puede escribir a: *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) o (202) 619-3257 (TDD) USDA y HHS son proveedores y empleadores que brindan igualdad en oportunidades.

**REPRESENTANTE AUTORIZADO DE CUPONES PARA ALIMENTOS** - Usted puede autorizar a otra persona, familiarizada con las circunstancias de su hogar, a **solicitar** los cupones por usted. Si desea hacerlo de esta manera, asegúrese que la persona **firma** la sección correspondiente en la parte inferior de la página 16. También, usted puede autorizar a otra persona que no viva en su hogar para que recoja sus cupones o para que los use y compre los alimentos por usted. Si desea designar a un representante autorizado, escriba el nombre de la persona, el domicilio y el número de teléfono en el espacio <sup>24</sup>a continuación.

#### NOMBRE, DOMICILIO Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

**SANCIÓNES** - 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 el cuidado de Niños (Asistencia, Beneficios o Servicios); o en todo momento cuando se le interroga con relación al 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 LA INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE APARECE A CONTINUACIÓN

## AVISOS (cont.)

**ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON LOS CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)**

Toda información que usted proporcione con relación a su solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. De encontrarse información inexacta, se le podrán negar los FS. Se le podrá someter a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información falsa.

Usted **nunca más** podrá volver a recibir FS si es:

- Declarado culpable, por segunda 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 FS; **o**
- Declarado culpable en un tribunal de justicia de vender o comprar armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de FS; **o**
- Declarado culpable, en un tribunal de justicia, de tráfico de FS por un valor de \$500 o más. El tráfico incluye el uso, transferencia, adquisición, alteración o posesión ilegal de FS, tarjetas de autorización o elementos de acceso; **o**
- Declarado culpable de cometer una tercera Violación Intencional del Programa (IPV).

No podrá recibir FS 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 FS.

Al cometer una:

- Primera Violación Intencional del Programa (IPV), usted no podrá obtener FS por un año.
- Segunda Violación Intencional del Programa (IPV), usted no podrá obtener FS 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 su domicilio con el fin de obtener múltiples FS, no podrá obtener FS por diez años (o **de manera permanente** si ésta es su tercera IPV).

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.

**ASIGNACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS**

**ASIGNACIÓN DE SEGUROS Y OTROS BENEFICIOS** – Con respecto a Asistencia Temporal y Asistencia Médica, estoy de acuerdo en presentar todo tipo de reclamo que se relacione con beneficios de seguro de salud o accidente; y en hacer lo posible para recuperar todo otro tipo de reclamo por daños o perjuicios o recursos a los cuales yo tenga derecho; y por este medio asigno dichos recursos al funcionario de servicios sociales ante quien presento esta solicitud. Además, ayudaré a poner a la disposición del funcionario de servicios sociales ante el cual presento esta solicitud, todo recurso que se me haya asignado.

**REINTEGRO DE ASISTENCIA TEMPORAL (TA)** – La TA que usted reciba para usted y para otras personas de las cuales usted es legalmente responsable de la manutención, es recobrable mediante propiedades o dinero que usted posea o pueda adquirir. Se le puede pedir, como condición para recibir TA, que ejecute una transferencia de escritura o hipoteca de propiedad inmobiliaria que usted posea. Es posible que se retengan sus reembolsos de impuestos y porciones de ganancias de loterías con el fin de pagar su deuda de TA.

**REINTEGRO DE ASISTENCIA MÉDICA (MA)** – En caso de que usted se encuentre internado en una institución médica y no tenga 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. MA 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, incluyendo todo tratamiento necesario por medio del programa de Child/Teen Health. Puedo obtener más información sobre el programa del Departamento de Servicios Sociales.

**REQUISITO PARA REPORTAR/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 aplican al programa de cupones. Su hogar deberá reportar y verificar los pagos de alquiler/hipoteca, impuestos sobre la propiedad, seguros, gastos médicos y sustento de menores pagado a una persona que no sea miembro del hogar para obtener una deducción de FS aplicable a estos gastos.

La acción de no reportar/verificar los gastos mencionados anteriormente será percibida como una declaración por parte de su hogar de que usted no quiere recibir una deducción relacionada con los gastos no reportados/no verificados. Una deducción relacionada con estos gastos podría ayudarle a reunir los requisitos para recibir FS o incrementar sus beneficios de FS. Puede reportar/verificar estos gastos cuando lo desee. La deducción se aplicará entonces al cálculo de beneficios de FS en los meses futuros, de acuerdo con el reglamento de informe 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 los pagos bajo el programa de "Medicare" (Parte B del Título XVIII, Programa Suplementario de Seguro Médico) se hagan directamente a los médicos y a los proveedores de suministros médicos con relación a toda factura futura impaga por concepto de 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, arreglos de cuidado de niños, y de otros cambios que pudiesen afectar mi habilitación para continuar recibiendo beneficios o la cantidad de los mismos.

**CONSENTIMIENTO PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN** – Acepto que se lleve a cabo cualquier 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 necesaria. También cooperaré enteramente con el personal federal y estatal en una Revisión de Control de Calidad pertinente al programa de Asistencia Temporal y/o de FS.

**LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE APARECE A CONTINUACIÓN Y FIRME AL PIÉ DE LA PÁGINA**

**ASIGNACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS (continuación)**

**SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA)** – Yo entiendo que los beneficiarios de Asistencia Temporal (TA) y de Cupones para Alimentos (FS) reúnen categóricamente los requisitos de ingresos para los Programas de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP para ciertos beneficiarios de TA y FS, tengo intenciones de solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses. Si decido no solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso. Entiendo que los beneficiarios de Cupones para Alimentos reúnen los requisitos para una asignación telefónica si pagan por el uso de un teléfono en el hogar, teléfono celular, teléfono con tarjeta o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

**ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE MANUTENCIÓN** - Cedo al Estado y al distrito de servicios sociales todo derecho que tenga de manutención por parte de personas que tengan la responsabilidad legal de mi sostenimiento y todo derecho que yo tenga de manutención a nombre de algún miembro de la familia.

**REVELACIÓN DE DATOS ESCOLARES** - Autorizo al Departamento de Salud del Estado y a los departamentos de servicios sociales locales a:

- Obtener toda información con respecto a los <sup>26</sup>archivos educativos míos y/o de mi/s hijo/a/s menor/es aquí nombrados, incluyendo información necesaria para reclamar el reembolso de MA por servicios educativos relacionados con la salud.
- Permitir a la agencia federal gubernamental apropiada el acceso a esta información con el único propósito de realizar una auditoría.

**REVELACIÓN DE INFORMACIÓN AL 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 para Asistencia Médica con el fin de cobrarle al 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 todo prestador de cuidados de salud que atiendan 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 parte de 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 la salud. Además, acepto que la información revelada incluya mis datos con relación a VIH, salud mental o información relacionada con el abuso de alcohol y sustancias en cuanto 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** – Pertinente a solicitantes / beneficiarios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos. La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados podrá revelar su nombre y domicilio al proveedor de servicios telefónicos. Su proveedor de servicios telefónicos podrá utilizar esta información para inscribirlo automáticamente en el servicio de descuento telefónico *Lifeline*.

**Si usted *no desea* que revelemos este tipo de información, marque este casillero**

Usted puede contactarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar el servicio de descuento *Lifeline*.

Los solicitantes / beneficiarios que reciben **únicamente** Medicaid, deben contactarse 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 DEL SSI** – Yo autorizo al Comisionado de la Administración de Seguro Social (SSA) para que envíe al distrito local de servicios sociales la cantidad que se me deba cuando se efectúe mi primer pago de (1) beneficios retroactivos de Seguridad de Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI) que yo pueda recibir al momento de solicitar el SSI o (2) beneficios retroactivos de SSI que yo pueda recibir si cesan o suspenden los beneficios del SSI y posteriormente se me restituyen los beneficios.

Yo comprendo que el distrito local de servicios sociales podría descontar de mi pago del SSI la cantidad de Asistencia Pública (excepto la asistencia pagada total o parcialmente con fondos federales) que se me pagó durante el período que se inicia con el primer día que tuve derecho a los beneficios del SSI o el primer día en que los beneficios fueron restituidos después de un período de suspensión o cancelación y terminando con el mes en el que los pagos del SSI comenzaron (o el mes siguiente si el distrito local de servicios sociales no puede detener el envío de mi último pago de asistencia pública durante el mes en que los pagos del SSI comenzaron).

Después de deducir este dinero de mi(s) cheque(s) de SSI, el distrito local de servicios sociales me pagará el balance, si existe alguno, a más tardar dentro de los 10 días laborales a partir de la fecha en que recibe mi pago de SSI. También comprendo que si el distrito deduce más dinero del que yo creo me fue pagado por Asistencia Pública, se me dará la oportunidad a una audiencia.

Yo comprendo que:

- la SSA podría considerar la fecha en que yo <sup>27</sup>presenté esta autorización firmada ante el distrito local de servicios sociales como la fecha <sup>27</sup>inicial en que yo reúno los requisitos para el SSI si presento una solicitud para los beneficios <sup>27</sup>iniciales del SSI dentro de los 60 días siguientes.
- esta autorización tendrá efecto con relación a toda solicitud para SSI o apelación que actualmente esté pendiente ante la SSA pertinente a mi persona y a cualquier solicitud para SSI que yo presente o apelación que reclame con respecto al período que termina un año después de mi firma en este acuerdo.

Esta autorización cesará un (1) año después de que sea recibida por el distrito local de servicios sociales y no tendrá ningún efecto sobre futuras solicitudes, apelaciones o revisiones de SSI si mi caso se decide completamente, si la SSA presenta un pago inicial del SSI, ya sea con relación a mi solicitud o después de un período de suspensión o cancelación, o si el Estado y yo, de mutuo acuerdo, decidimos cancelar la autorización.

**He leído y comprendo los avisos que aparecen arriba. Comprendo y acepto las asignaciones, autorizaciones y consentimientos que aparecen arriba. Juro y/o afirmo, so pena de perjurio, que la información que he proporcionado o proporcionaré al distrito local de servicios sociales es correcta.**

FIRMA DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE X	FECHA DE LA FIRMA 28	FIRMA DEL ESPOSO / ESPOSA O REPRESENTANTE A CARGO DE PROTECCIÓN X	FECHA DE LA FIRMA
--	-------------------------	--	-------------------

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



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

- SÍ** (Si contesta que Sí, llene la SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE en la parte inferior de esta página )
- NO porque opté por no registrarme O
- Ya estoy registrado para votar en mi domicilio actual O
- Solicité y recibí un formulario de registro por correo.

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

(Firma)

(Fecha)

(Escriba el nombre en letra de molde)

## ¡Importante!

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

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

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料：如果你有興趣索取本中文資料表格，請電 1 - 800 - 367-8683

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

## SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

NVRA-05 (01/2011)

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

<b>1</b>	¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>2</b>	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de la elección? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>3</b>	<b>Uso exclusivo de la Junta electoral</b>				
	Si respondió NO, no llene este formulario.			Si respondió NO, no llene este formulario a menos que vaya a tener 18 años cumplidos a fin de año .							
<b>3</b>	Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Sufijo				
<b>4</b>	Domicilio particular donde vive (no informe un P.O. Box)				Apt. N.º		Ciudad/Pueblo/Aldea		Código postal		Condado
<b>5</b>	Domicilio donde recibe el correo (si es diferente del anterior)				P.O. Box, star route, etc		Oficina de correo		Código postal		
<b>6</b>	Fecha de nacimiento		<b>7</b>	Sexo (círculo) M F		<b>8</b>	Teléfono particular (optativo)		<b>9</b> Número de ID: Marque la casilla que corresponda y escriba su número: <input type="checkbox"/> Número de DMV del estado de Nueva York _____ Si no tiene un número de DMV del estado de Nueva York, informe : <input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social _____ <input type="checkbox"/> No tengo licencia de conductor de Nueva York		
<b>10</b>	El año en que votó por última vez		Su domicilio era (informe el número de casa, la calle y la ciudad)				<b>11</b> Elija un partido--Marque únicamente una casilla <input type="checkbox"/> Partido Demócrata <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de las Familias Trabajadoras <input type="checkbox"/> Partido de la Independencia <input type="checkbox"/> Partido Verde <input type="checkbox"/> Otros (completar) _____ <input type="checkbox"/> No deseo afiliarme a ningún partido				
	En el condado/estado		Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)								
<b>11</b>					<b>12</b>		<b>DECLARACIÓN JURADA:</b> Juro o declaro que • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré residido en el condado, ciudad o aldea por un mínimo de 30 días antes de las elecciones. • Reúno todos los requisitos para registrarme como votante en el Estado de Nueva York. • La firma o marca a continuación es de mi puño y letra. • La información que he ofrecido es verdadera. Entiendo que de no serlo, se me puede condenar y multar por hasta \$5,000 y/o encarcelar por un máximo de cuatro años.				
						→ _____		(Firma o marca en tinta)		(Fecha)	

## (Optativo) Inscríbase para donar sus órganos o tejidos.

Apellido \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Apt N.º \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  M  F  
 Color de ojos \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulg

Con su firma a continuación, usted certifica que:

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



Firma

Fecha

## Calificaciones para la inscripción

### Puede usar este formulario para:

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

### Para inscribirse, debe:

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

## ¡Importante!

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

New York State Board of Elections, 40 Steuben Street,  
Albany, New York 12207-2109  
Teléfono: 1-800-469-6872;

Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema retransmisor del estado de Nueva York o visitar nuestro sitio web:  
[www.elections.state.ny.us](http://www.elections.state.ny.us)

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

---

## Verificación de su identidad

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

Si **no tiene número de DMV o de Seguro Social**, debe usar una identificación con foto válida, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancario, su cheque de sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y domicilio. Con este formulario puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

**Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.**

## Para completar el formulario:

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

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

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

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

---