

ESTADO DE NUEVA YORK

CÓMO LLENAR LA SOLICITUD PARA

ASISTENCIA TEMPORAL (TA) – ASISTENCIA MÉDICA (MA)

PROGRAMA DE AHORROS MEDICARE (MSP)

CUPONES DE ALIMENTOS (FS)

SERVICIOS (S), incluyendo el Cuidado de Crianza (FC)

y ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS (CC)

Cuando vea “Asistencia Temporal” o “TA” en esta solicitud, se refiere a “Asistencia para Familias” y “Asistencia Red de Seguridad”. A estos dos programas de Asistencia Pública se les llama “Asistencia Temporal”. Los programas de servicios sociales se crearon para ofrecer ayuda temporal a aquellos que la necesiten. Ciertos programas ahora tienen límites sobre la duración de esta ayuda. Es importante que logre alcanzar la autosuficiencia tan pronto pueda. El Departamento local de Servicios Sociales está aquí para ayudarle con su meta de autosuficiencia. Con este fin, necesitamos saber quién es usted y qué necesita. Por esta razón se le ha pedido llenar esta Solicitud. La información que dé en esta solicitud nos indicará:

- Quién es usted
- Dónde vive
- Cómo vive
- Cómo podemos ayudarle

La solicitud y sus instrucciones se han enumerado por secciones para ayudarle a llenarla. Puede escribir encima de estos números donde sea necesario.

- FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE
- NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS
- ASEGÚRESE DE LLENAR TODAS LAS SECCIONES QUE APLIQUEN A SU CASO EN PARTICULAR
- SI ESTÁ HACIENDO UNA SOLICITUD COMO REPRESENTANTE DE OTRA PERSONA, FAVOR DE ESCRIBIR LA INFORMACIÓN DE ESA PERSONA, Y NO SU PROPIA INFORMACIÓN.

RETIRO: SI DESEA RETIRAR SU SOLICITUD, HABLE CON SU EXAMINADOR(A) DE REQUISITOS.

Además de la “Solicitud” LDSS-2921: verifique que le han entregado copias de:

- LDSS-4148A-SP: “Lo que usted debe saber acerca de sus derechos y responsabilidades”
- LDSS-4148B-SP: “Lo que usted debe saber acerca de los programas de servicios sociales”
- LDSS-4148C-SP: “Lo que usted debe saber en caso de una emergencia”

Nota: La solicitud y su publicación complementaria están disponibles en inglés.

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD

1	<u>PROGRAMAS:</u>	<p>Marque (✓) la casilla para CADA programa al cual usted o algún miembro de su hogar desea solicitar. Debido a la reforma de asistencia social, las solicitudes de Asistencia Temporal ya no se consideran automáticamente solicitudes de Asistencia Médica. Si desea solicitar ambos programas; Asistencia Temporal y Asistencia Médica, marque (✓) la casilla de "Asistencia Temporal y Asistencia Médica".</p> <p>Si está solicitando Asistencia Temporal y Cupones de Alimentos, y/o Asistencia Médica, por lo general se le exigirá tener una sola entrevista para todos los programas.</p>
2	<u>DESEA RECIBIR AVISOS EN:</u>	Marque (✓) la casilla "español e inglés " o "sólo inglés".
	<u>CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL:</u>	Marque (✓) la casilla inglés o español o indique el idioma que habla y lee.
3	<u>INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</u>	
	NOMBRE:	Escriba en LETRA DE MOLDE su nombre oficial incluyendo el primer nombre, la letra del segundo nombre y el apellido.
	ESTADO CIVIL:	Escriba en LETRA DE MOLDE su estado civil actual : soltero(a) casado(a), viudo(a), legalmente separado(a) o divorciado(a).
	Nº DE TELÉFONO:	Escriba en LETRA DE MOLDE el número de teléfono de su residencia, incluyendo el prefijo de área.
	DIRECCIÓN RESIDENCIAL:	<p>Escriba en LETRA DE MOLDE el número de la casa, la calle, avenida, carretera, etc., donde vive actualmente.</p> <p>Apto. Nº: Escriba en LETRA DE MOLDE el número de su apartamento.</p> <p>Ciudad: Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la ciudad donde vive.</p> <p>Condado: Escriba en LETRA DE MOLDE el condado donde vive.</p> <p>Estado: Escriba en LETRA DE MOLDE el Estado donde vive.</p> <p>Código postal: Escriba en LETRA DE MOLDE el código postal de su dirección.</p>
	DIRIGIR CORRESPONDENCIA A:	Si usted recibe correspondencia a la atención de otra persona, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de esa persona.
	DIRECCIÓN DE CORREO:	Si recibe su correspondencia en una dirección diferente a su residencia, escriba en LETRA DE MOLDE esa dirección en este espacio.

- AGENCIA QUE ESTÁ AYUDANDO AL SOLICITANTE:** Si una agencia le está ayudando a llenar esta solicitud, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la agencia, la persona de la agencia que le está ayudando y el número de teléfono de esa persona.
- DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO VIVE EN LA DIRECCIÓN ACTUAL:** Escriba en LETRA DE MOLDE el número de años y/o meses que lleva viviendo en su residencia actual.
- OTRO Nº DE TELÉFONO:** Si se le puede llamar al número de teléfono de otra persona, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre y el número de teléfono de esa persona. Si está trabajando, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre y el número de teléfono de su empleador.
- INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU CASA:** Escriba en LETRA DE MOLDE las instrucciones para llegar a su casa. Utilice señales conocidas.
- DIRECCIÓN ANTERIOR:** Escriba en LETRA DE MOLDE la dirección donde vivió antes de mudarse a su dirección actual.

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD

4

SOLICITANTES DE CUPONES DE ALIMENTOS:

Usted tendrá derecho a presentar su solicitud para Cupones de Alimentos durante las horas de oficina el mismo día que reciba esta solicitud. Para que se le acepte su solicitud ésta deberá contener por lo menos su nombre, dirección (si tiene alguna) y firma. Sin embargo, para saber si reúne o no los requisitos para recibir Cupones de Alimentos, tendrá que llenar toda la solicitud.

5

¿ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES APLICA A SU CASO?

Marque (✓) TODAS las que apliquen según su caso.

PÁGINAS 2 Y 3 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO LOS SERVICIOS CON USTED. Escriba primero en LETRA DE MOLDE su nombre completo. Luego escriba en LETRA DE MOLDE los nombres de las otras personas que viven con usted:

- Marque (✓) el tipo o los tipos de asistencia que cada persona está solicitando: Asistencia Temporal (TA), Cupones de Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA), Programa de Ahorros Medicare (MSP), Asistencia para el Cuidado de Niños (CC), Cuidado de Crianza (FC), y/o Servicios (S).

NOTA: Los solicitantes de MSP deben llenar todas las secciones requeridas para MA.

- Escriba en LETRA DE MOLDE la fecha de nacimiento y el sexo de **todas** las personas que están solicitando asistencia.
- Para cada solicitante, escriba en LETRA DE MOLDE el parentesco con usted (Por ejemplo: esposa, hijo, hijo(a) a cuidado de crianza, amigo(a), inquilino(a), huésped, etc.)
- Escriba en LETRA DE MOLDE el número de Seguro Social de cada persona, **excepto si ésta persona:**
 - No está solicitando ningún tipo de asistencia o servicios; o
 - Es una mujer embarazada que está solicitando **únicamente** Asistencia Médica; o
 - Es un extranjero(a) que está solicitando **únicamente** Asistencia Médica o los beneficios como resultado de una condición médica de emergencia; o
 - Es un adulto que está solicitando **únicamente** servicios de protección para adultos; o
 - Está solicitando **únicamente** la asistencia para el cuidado de niños, excepto si esta asistencia forma parte de un caso de servicios preventivos.

6

NOTA: Otros Servicios, tales como cuidado de crianza, protección para niños, servicios preventivos para niños, y orientación, son financiados por una variedad de fuentes económicas; muchas de las cuales requieren la presentación de un número de Seguro Social. Aunque los solicitantes de algunos servicios no tienen que presentar su número de Seguro Social, es posible que no puedan disponer de estos servicios si no presentan un número de Seguro Social. Con el fin de ayudarle a usted y al resto de los solicitantes a obtener los beneficios máximos de estos servicios, le solicitamos proporcionarnos el número de Seguro Social de todos los solicitantes.

- Último nivel de educación obtenido: Indique el último nivel de educación (1-12) obtenido por cada persona que solicita asistencia. Si el nivel es mayor a los 12 años, escriba 12. Si no ha recibido ninguna educación formal, escriba 0. Si está solicitando **únicamente** Asistencia Médica o **únicamente** Servicios, no tiene que contestar esta pregunta.
- Compra o preparación de las comidas: Para cada persona que viva con usted es importante marcar (✓) SÍ o NO a la pregunta “¿Compra alimentos o prepara con usted las comidas ésta persona (incluyendo los menores de edad)?”. A menudo, las personas que compran alimentos y preparan comidas por separado pueden obtener más beneficios de Cupones de Alimentos.

PÁGINAS 2 Y 3 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (continuación)

- Raza/Grupo Étnico: Se debe llenar esta sección para cada persona que solicita asistencia, incluyendo la Asistencia para el Cuidado de Niños. Escriba **SÍ** o **NO** si pertenece al grupo étnico Hispano o Latino, también escriba la letra que mejor describa su raza. El gobierno Federal requiere esta información. Si no llena esta sección, el entrevistador de la agencia la llenará basándose en sus observaciones.

6

Si está solicitando **únicamente** Asistencia Médica podrá llenar esta sección si lo desea. Si no llena esta sección, el entrevistador de la agencia la llenará basándose en sus observaciones.

Si está solicitando Cuidado de Crianza, llene esta sección únicamente para los niños que solicitan este servicio. Si no llena esta sección, el entrevistador de la agencia la llenará basándose en sus observaciones.

NOTA: Si está solicitando Servicios y no llena esta sección, puede que no sea posible prestarle ciertos servicios. Esto depende de la fuente de fondos económicos que utilizamos para pagar por estos servicios.

PÁGINA 2 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE OTROS NOMBRES

7

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE los nombres de soltera, nombres de matrimonios anteriores, u otros nombres que las personas indicadas arriba han utilizado o utilizan actualmente.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN ACERCA DE LA SITUACIÓN DE CIUDADANÍA / DE EXTRANJERO(A)

Llene esta sección si está solicitando **Asistencia Médica, Asistencia Temporal, Cupones de Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Cuidado de Crianza.**

NOTA: **NO** tiene que llenar esta certificación si está solicitando **únicamente Asistencia Médica** y

- Está embarazada, o
- Está solicitando **únicamente** cobertura para el tratamiento de una condición médica de **emergencia**, o
- Usted no es **ciudadano(a) ni nacional de Estados Unidos ni extranjero(a) con una situación de inmigración satisfactoria. El término “situación de inmigración satisfactoria” significa una condición de inmigración que no impide que el individuo reúna los requisitos para recibir beneficios del programa correspondiente.** Si tiene alguna pregunta acerca de su situación de inmigración, por favor consulte la publicación LDSS-4148B-SP: “Lo que usted debe saber acerca de los programas de servicios sociales” o hable con su trabajador(a) de casos.

NOTA: **Tiene** que llenar esta sección si está:

- Solicitando **únicamente** Asistencia Médica, pero no tiene que incluir a las personas que no desean Asistencia Médica.
- Solicitando **únicamente** Asistencia para el Cuidado de Niños, pero deberá llenar la información solamente de los niños que recibirían la Asistencia para el Cuidado de Niños.
- Solicitando **únicamente** Cuidado de Crianza, pero deberá llenar la información solamente de los niños que recibirían Cuidado de Crianza.
- Solicitando otros Servicios bajo ciertas circunstancias.

NOTA: Si está solicitando otros **Servicios** y no suministra la información requerida, no será posible prestarle ciertos servicios. Esto depende de la fuente de fondos económicos que utilizamos para pagar por estos Servicios.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD

CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA / SITUACIÓN DE EXTRANJERO(A)

Si está solicitando **Asistencia Médica, Asistencia Temporal, Cupones de Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Cuidado de Crianza, debe completar y firmar** esta certificación escrita sobre su ciudadanía o sobre su situación satisfactoria de inmigración.

NOTA: El término “situación satisfactoria de inmigración” significa una condición de inmigración que no impide que el individuo reúna los requisitos para recibir beneficios del programa correspondiente. Si tiene alguna pregunta acerca de su situación de inmigración, favor de consultar la publicación LDSS-4148B-SP: “Lo que usted debe saber acerca de los programas de servicios sociales” o hable con su trabajador(a) de casos.

NOTA: **NO** tiene que firmar esta certificación si está solicitando **únicamente Asistencia Médica** y:

- Está embarazada, o
- Está solicitando **únicamente** cobertura para el tratamiento de una condición médica de **emergencia**, o
- No es **ciudadano(a) ni nacional de Estados Unidos ni extranjero(a) con una situación de inmigración satisfactoria**.

NOTA: **SE LE EXIGE** firmar esta certificación si usted es **ciudadano(a) o nacional de Estados Unidos**, o un **extranjero(a) con situación satisfactoria**, y está solicitando:

- Asistencia Temporal (cuando hay entre los miembros del hogar niños o mujeres embarazadas) o
- Cupones de Alimentos; o
- Asistencia Médica (salvo si la solicitante está embarazada); o
- Programa de Ahorros Medicare; o
- Asistencia para el Cuidado de Niños (se requiere certificación **únicamente de** los niños); o
- Cuidado de Crianza (se requiere certificación **únicamente** de los niños); u
- Otros Servicios bajo ciertas circunstancias.

NOTA: Si está solicitando otros **Servicios** y no firma la certificación, no será posible prestarle ciertos servicios. Esto depende de la fuente de fondos económicos que utilizamos para pagar por estos Servicios.

Debe haber una firma y fecha de la firma de todas las personas que solicitan estos beneficios, salvo en las excepciones indicadas arriba.

- Un adulto miembro del hogar o un representante autorizado puede firmar a favor de todos los miembros correspondientes del hogar.
- Si alguno de los miembros solicitantes es menor de 18 años de edad (o tiene 18 años de edad o más, pero no puede firmar su propio nombre debido a un impedimento médico o una incapacidad), otro miembro del hogar mayor de 18 años de edad debe firmar por él/ella.

NOTA: Cuando firme por otra persona, firme *su* propio nombre. **Por ejemplo:** si Mary Doe firma a favor del bebé Johnny Doe, debe firmar como Mary Doe.

Un *padre/madre* sin una situación satisfactoria puede firmar por el/la hijo(a) que tenga la situación satisfactoria. **Por ejemplo:** una madre que no tenga una situación satisfactoria de extranjera puede firmar la certificación de sus hijos que son ciudadanos.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD

CERTIFICACIÓN DE SITUACIÓN DE CIUDADANÍA / DE EXTRANJERO(A) (continuación)**AVISO**

No debe firmar esta declaración por usted o por otra persona que no sea ciudadano(a) o nacional de Estados Unidos ni extranjero(a) con una situación de inmigración satisfactoria. Las personas que no sean ciudadanas y no tengan una situación de inmigración satisfactoria no reúnen los requisitos para recibir ningún tipo de Asistencia Temporal, Cupones de Alimentos o Asistencia Médica (salvo la Asistencia Médica para mujeres embarazadas o cobertura de Asistencia Médica ÚNICAMENTE para tratamiento de una condición médica de emergencia.) Además, es posible que dichas personas no reúnan los requisitos para recibir ciertos Servicios.

Es posible que sometamos a verificación ante el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) la información que usted nos proporcione sobre la situación de inmigración de uno o todos los miembros del hogar que soliciten Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones de Alimentos o Servicios. La información que se reciba del INS puede afectar los requisitos necesarios y la cantidad de beneficios que su hogar reciba.

PÁGINA 5 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/LA MADRE QUE NO EJERCE CUSTODIA/MANUTENCIÓN INFANTIL/ASISTENCIA MÉDICA

ÚNICAMENTE PARA LOS SOLICITANTES DE ASISTENCIA TEMPORAL, ASISTENCIA MÉDICA, EL PROGRAMA DE AHORROS MEDICARE, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS:

Llene esta sección si alguna de las situaciones siguientes aplica a su caso en particular:

- 10
1. Usted o una de las solicitantes de su hogar está embarazada y el padre del niño(a) por nacer vive en otro lugar.
 2. Está solicitando para una persona menor de 21 años de edad y el padre/la madre de esta persona vive fuera del hogar.
 3. Usted es menor de 21 años de edad y no vive con sus padres.

NOTA: No tiene que llenar esta sección si está solicitando únicamente Asistencia Médica y está embarazada, ha dado a luz dentro de los últimos dos meses, o está solicitando a nombre de niños menores de 21 años de edad.

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

11 **ÚNICAMENTE PARA SOLICITANTES DE ASISTENCIA TEMPORAL, ASISTENCIA MÉDICA, PROGRAMA DE AHORROS, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS:** Si alguno de los solicitantes es casado(a) y su cónyuge no vive con el/ella, llene lo que pueda en esta sección. Si no sabe dónde vive dicha persona por el momento, escriba en LETRA DE MOLDE su última dirección conocida.

INFORMACIÓN SOBRE HIJOS AUSENTES

- 12 **ÚNICAMENTE PARA SOLICITANTES DE ASISTENCIA TEMPORAL, ASISTENCIA MÉDICA, PROGRAMA DE AHORROS, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS.** Si alguno(a) de los/las solicitantes tiene un(a) hijo(a) menor de 18 años de edad viviendo en otro lugar, favor de indicar el nombre del hijo/de la hija y el de los padres.

PÁGINA 5 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

- 13 Únicamente los solicitantes de Asistencia Temporal deberán llenar esta sección. Si alguno de los solicitantes miembros del hogar es un(a) padre/madre adolescente menor de 18 años de edad, indique su nombre. Si el/la hijo(a) del padre adolescente vive en el hogar, indique el nombre del hijo/de la hija.

PÁGINA 6 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

- 14 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) o para cualquier otra persona que viva con usted. Para cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE la cantidad en dólares (\$) o el valor y el nombre de la persona que recibe el ingreso.

NOTA: Pagos por Cuidado de Crianza y por Cupones de Alimentos – Si usted recibe pagos por Cuidado de Crianza por un niño(a) o un adulto, usted tiene dos opciones. Podrá incluir al niño/a la niña o al adulto bajo cuidado de crianza y los pagos por el cuidado de crianza como parte del hogar que solicita Cupones de Alimentos o puede elegir **no incluir** ni las personas que reciben el cuidado de crianza ni los pagos que recibe por el cuidado de crianza. Pregúntele a su trabajador(a) de casos cuál de estas dos opciones le permitiría recibir el máximo beneficio en Cupones de Alimentos.

INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO/MADRASTRA/PATROCINADOR DE EXTRANJERO(S)

- 15 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a), para su cónyuge y para todos aquellos que estén solicitando asistencia. Para cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la persona a la cual se refiere la respuesta.

PÁGINA 7 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN LABORAL

- Llene esta página con su información y la de los solicitantes de asistencia pública.
- 16 **NOTA:** Aunque usted tenga un trabajo, puede que reúna los requisitos para recibir Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Servicios y/o Cupones de Alimentos y ayuda con el pago de los gastos por el cuidado de sus niños.

PÁGINA 8 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN

17 Llene esta página con su información y la de los solicitantes de asistencia pública, incluyendo la Asistencia para el Cuidado de Niños y/o Cuidado de Crianza u otros servicios. Asegúrese de contestar la pregunta acerca de dónde estudian sus hijos.

NOTA: Si está solicitando **únicamente** Asistencia Médica, no tiene que llenar esta página.

PÁGINA 9 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS ECONÓMICOS

Marque cada pregunta (✓) SÍ o NO para si mismo(a) o para todas las personas que están solicitando asistencia. Para cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE la cantidad o el valor en dólares (\$) y el nombre de la persona que tiene ese recurso. **Asegúrese de incluir cualquier pertenencia conjunta.** Los solicitantes de Asistencia Temporal y Asistencia Médica deben contestar estas preguntas con relación a los **familiares que tienen la responsabilidad legal. Estas son las personas que por ley tienen la responsabilidad de mantenerle económicamente, tal como** su cónyuge, y si usted es menor de 21 años de edad, sus padres, padrastros o tutores que viven con usted.

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

- Si está solicitando **únicamente** Asistencia Médica para niños menores de **19 años de edad** o está embarazada.
- Si está solicitando **únicamente** Servicios (*excepto el Cuidado de Crianza*), y/o la Asistencia para el Cuidado de Niños.
- Si está solicitando **únicamente** Cupones de Alimentos **no** tiene que contestar la pregunta sobre seguro de vida.

NOTA: Si está solicitando el servicio de Cuidado de Crianza, debe llenar esta sección.

Tiene otros recursos además de los indicados arriba: Incluya casas de campo, vehículos para acampar, motos de nieve, barcos, etc.

NOTA: Es muy importante informar al trabajador(a) de casos cuanto antes si consigue o espera conseguir un monto global. Un monto global es un pago único, tal como una compensación de una compañía de seguros, una herencia, una indemnización proveniente de una demanda o el premio de una lotería. Consulte la publicación LDSS-4148A-SP: "*Lo que usted debe saber acerca de sus derechos y responsabilidades*", para más información acerca de los montos globales.

NOTA: Si usted o su cónyuge ceden o regalan algún bien dentro de los 36 meses (60 meses si se trata de un traspaso a un fideicomiso) anteriores al primer día del mes en el que reciben servicios provistos en un centro de cuidados de enfermería (nursing home) y han presentado una solicitud para Asistencia Médica, es posible que ustedes no reúnan los requisitos para recibir servicios en un centro de cuidados de enfermería (nursing home) o servicios en el hogar o de la comunidad bajo el Programa de Asistencia Médica.

PÁGINA 10 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN MÉDICA**

19 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todas las personas que están solicitando asistencia. Para cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE la información solicitada. Asegúrese de indicar todos los seguros de salud y seguros hospitalarios/de accidente que usted tenga o que estén disponibles para los solicitantes. Es posible que el programa de Asistencia Médica pueda pagar los gastos por atención médica que usted recibió durante los tres meses previos al mes en que usted solicita la ayuda. Si usted ya pagó la factura, es posible que podamos reembolsarle si determinamos que en aquella fecha usted hubiese podido reunir los requisitos para recibir Asistencia Médica. Podemos pagarle aunque el médico u otro proveedor no acepte el programa de Asistencia Médica. Sin embargo, solo pagaremos la cantidad provista por Asistencia Médica y por los servicios en la factura comprendidos dentro del plan de Asistencia Médica.

Después del día que solicite la Asistencia Médica, debe asegurarse que el médico u otro proveedor acepta el plan de Asistencia Médica antes de recibir atención médica.

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

20 Escriba en LETRA DE MOLDE la cantidad que paga por alquiler, hipoteca, comida y alojamiento u otra vivienda. En gastos de vivienda, si usted paga una cuota de hipoteca, incluya los impuestos sobre la propiedad, el seguro inmobiliario (incluyendo el seguro contra incendio). Si el pago de calefacción es aparte del pago por alquiler/hipoteca, escriba en LETRA DE MOLDE la cantidad en dólares (\$) que pagó mensualmente por calefacción. Si paga por otros servicios públicos aparte de los gastos por alquiler/hipoteca, escriba en LETRA DE MOLDE la cantidad en dólares (\$) que pagó mensualmente por cada servicio público. Asegúrese de contestar las otras cuatro preguntas referentes a la vivienda al final de esta sección.

NOTA: Si está solicitando Cuidado de Crianza, debe llenar esta sección.

NOTA: No tiene que llenar esta sección si está solicitando únicamente Servicios (aparte del servicio de Cuidado de Crianza) y/o Asistencia para el Cuidado de Niños.

NOTA: Si no está seguro(a) cómo contestar las preguntas pertinentes al tipo de vivienda o la suma de sus gastos de vivienda, consulte con su trabajador(a) de casos.

PÁGINA 12 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN SOBRE OTROS GASTOS**

21 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todas las personas que están solicitando asistencia. Para cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE la cantidad en dólares (\$).

OTRA INFORMACIÓN

Marque cada pregunta (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todas las personas que están solicitando asistencia.

NOTA: “Las Fuerzas Militares de Estados Unidos” se refiere a:

22

- Ejército de EE.UU. - Naval de EE.UU. - Guardacostas de EE.UU.
- Marina de EE.UU. - Fuerza Aérea de EE.UU. - Marina Mercante de EE.UU. durante la II Guerra Mundial

ASISTENCIA: Si usted o alguien que vive con usted en este momento recibe o alguna vez recibió Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones de Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Servicios, marque (✓) la(s) casilla(s) SÍ. Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de esta persona, el tipo de asistencia, dónde se recibió, y la última fecha en que se recibió esta asistencia.

ESTADO DE TRASPASO DE PROPIEDAD: Marque (✓) la casilla **HE...** o la casilla **NO HE....**

NOTA: La ley del Estado de Nueva York estipula multas, cárcel o ambas contra toda persona que se encuentre culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones de Alimentos, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños.

PÁGINA 13 DE LA SOLICITUD

NO ESCRIBA EN ESTA PÁGINA

PÁGINA 14 DE LA SOLICITUD

DECLARACIÓN DEL ACTA DE PRIVACIDAD/REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS/MANUTENCIÓN/AVISO- NO SE DISCRIMINA

23

Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

24

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA RECIBIR LOS CUPONES DE ALIMENTOS: Si está solicitando Cupones de Alimentos y desea que otra persona, no miembro de su hogar, reciba los Cupones de Alimentos a su favor o que le compre la comida, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre, la dirección y el número de teléfono de esta persona.

25

MULTAS: Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

NOTA: La ley del Estado de Nueva York estipula multas, cárcel o ambas contra toda persona que se encuentre culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones de Alimentos, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños.

PÁGINAS 15 Y 16 DE LA SOLICITUD

26 DECLARACIONES LEGALES: Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

27 AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR REEMBOLSO POR PARTE DEL SSI: Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. Si esta es una solicitud para Asistencia Temporal y ambos cónyuges viven juntos y están solicitando Asistencia Temporal, ambos deberán firmar la sección de Firmas al final de la página.

NOTA: La Administración del Seguro Social podrá considerar la fecha en que presenta esta autorización escrita ante la oficina local de servicios sociales, como la fecha cuando usted comienza a satisfacer los requisitos para recibir beneficios del SSI, si usted somete una solicitud para beneficios iniciales de SSI dentro de los próximos 60 días.

28 FIRMAS: Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. La ley del Estado de Nueva York estipula multas, cárcel o ambas contra toda persona que se encuentre culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones de Alimentos, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños.

Firme su nombre. Coloque la fecha en la solicitud. Cuando **ambos** cónyuges que viven juntos solicitan Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Asistencia para el Cuidado de Niños o Servicios, **ambos** deben firmar. Si está solicitando **únicamente** Cupones de Alimentos, se requiere una sola firma. Si ha llenado la solicitud a favor de otra persona, firme con **su propio nombre** aquí y escriba en LETRA DE MOLDE la fecha en que firmó. **Todas** las personas de 18 años de edad o mayor deben firmar.

NOTA: La última página de esta Solicitud es una solicitud para inscribirse para votar. Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción para votar, acuda a su examinador(a) de requisitos. El inscribirse o no para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcione esta agencia.

PÁGINAS 15 Y 16 DE LA SOLICITUD

AVISO: Los solicitantes de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Asistencia para el Cuidado de Niños, Servicios y Cupones de Alimentos, que no estén de acuerdo con los resultados de su solicitud, tienen derecho a pedir una audiencia imparcial comunicándose con: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary & Disability Assistance, PO Box 1930, Albany, New York 12201.

Tanto la información contenida en su solicitud como la suministrada durante la entrevista será inscrita y almacenada en el sistema estatal conocido como el Sistema de Administración de Asistencia Pública (Welfare Management System–WMS por sus siglas en inglés). Este sistema se usa para mejorar la administración de los programas de Servicios Sociales e impedir el fraude.