

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						EFFECTIVE DATE	DISPOSITION			SERVICES TRANSACTION TYPE				
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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		

**AUTORIZO RETIRAR MI SOLICITUD. ENTIENDO QUE PUEDO SOMETER OTRA SOLICITUD CUANDO YO LO DESEE.**

Firma  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DATE RECEIVED BY AGENCY \_\_\_\_\_ EMPLOYED BY:  SOCIAL SERVICES DISTRICT

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) - CUPONES DE ALIMENTOS (FS) - SERVICIOS (S), incluyendo Cuidado de Crianza (FC) - ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS (CC)

*Nuestro compromiso es prestarle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa, a fin de que usted alcance la autosuficiencia. A su vez, usted adquiere el compromiso de convertirse en una persona autosuficiente, para lo cual debe participar en actividades que le permitan alcanzar la autosuficiencia, incluyendo las actividades laborales. Cada vez que lea las palabras "Asistencia Temporal" o "TA" en esta solicitud, se refieren a "Asistencia para Familias" y "Asistencia Red de Seguridad". A estos dos programas de asistencia pública les llamamos "Asistencia Temporal" o "TA". El objetivo de los programas de TA, es el prestarle asistencia sólo hasta que usted pueda sostenerse completamente, tanto a sí mismo(a) como a su familia.*

**Antes de llenar esta solicitud consulte el folleto de instrucciones "Cómo Llenar la Solicitud" ( Pub-1301 Statewide-SP «Rev. 5/02» )**

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

Asistencia Temporal Y Asistencia Médica  Asistencia Temporal  Asistencia Médica

Programa de Ahorros Medicare  Cupones de Alimentos  Servicios, incluyendo Cuidado de Crianza

Asistencia para el Cuidado de Niños

QUIERE RECIBIR AVISOS EN:  ESPAÑOL E INGLÉS  SÓLO EN INGLÉS

¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL?  INGLÉS  ESPAÑOL  OTRO (especifique) 2

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE FAVOR DE ESCRIBIR CLARO EN LETRA DE MOLDE**

NOMBRE INICIAL APELLIDO ESTADO CIVIL Nº DE TELÉFONO ( ) PREFIJO

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 ESTÁ AYUDANDO AL SOLICITANTE / NÚMERO DE TELÉFONO Y PREFIJO DEL SOLICITANTE / PERSONA CONTACTO

¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO VIVE EN LA DIRECCIÓN ACTUAL? AÑOS MESES ¿ES UN ALBERGUE?  SÍ  NO OTRO NÚMERO DE TELÉFONO DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR NOMBRE Nº DE TELÉFONO ( ) PREFIJO

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU CASA

DIRECCIÓN ANTERIOR APTO. Nº CIUDAD CONDADO ESTADO CÓDIGO POSTAL

Si usted está solicitando Cupones de Alimentos (FS), tiene el derecho de devolver esta solicitud (presentarla) el mismo día que la reciba. Cuando la devuelva, debe incluir por lo menos su nombre, dirección (si tiene una) y su firma abajo. Si reúne los requisitos, recibirá FS retroactivo a la fecha de presentación de la solicitud. Puede obtener FS más rápido si recibe ingresos bajos o si no recibe ingresos o no tiene recursos en líquido, o si su alquiler y gastos por servicios públicos sobrepasan sus ingresos y recursos en líquido. Si tiene preguntas al respecto, hable con su trabajador(a) de casos.

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

- ¿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 con drogas/alcohol 5
  - No tiene combustible o le cortaron los servicios públicos 6
  - No tiene donde quedarse / desamparado(a) 7
  - Problemas personales o familiares urgentes 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 qué comer 14
  - Necesita cuidado de crianza 15
  - Necesita cuidado de niños 16
  - Otra \_\_\_\_\_ 17

**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. FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE.**

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

MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS SOLICITANDO AYUDA (Vea el folleto de instrucciones "Cómo Llenar la Solicitud" Pub-1301 Statewide -SP o consulte con su trabajador(a) de casos)

RI	LN	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	ESTA PERSONA ESTÁ SOLICITANDO:								FECHA DE NACIMIENTO			SEXO M F	PARENTESCO CON USTED	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS SOLICITANDO AYUDA (Vea el folleto de instrucciones "Cómo Llenar la Solicitud" Pub-1301 Statewide -SP o consulte con su trabajador(a) de casos)	SÍ	NO
					TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	Mes	Día	Año						
	01															Yo mismo(a)				
	02																			
	03			6																
	04																			
	05																			
	06																			
	07																			
	08																			

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

**NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS**

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

**NON-APPLICANT INFORMATION**

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

**ALIEN INFORMATION**

LN	ALIEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		INDIVIDUAL EDUCATION				
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	
											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(a) o Latino(a) <b>I</b> Indígena Norteamericano o Nativo(a) de Alaska <b>A</b> Asiático(a) <b>B</b> Negro(a) o Afro americano(a) <b>P</b> Nativo(a) de Hawai u otra Isla del Pacífico <b>W</b> Blanco(a)							REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL				
	↓ ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) SI ES HISPANO(A) O LATINO(A)																			
	↓ ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) PARA CADA AFILIACIÓN ÉTNICA																			
	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>P</b>	<b>W</b>														
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 ✓ SS-5/LDSS-4000		Photo I.D.	
								Birth Verification	
								Marriage License	
								Social Security Card	
								Code 9 Resolution	
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE								Alien Status	
SFUI	CODE	SFUI	CODE					Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)	
SFUI	CODE	SFUI	CODE						
NEEDED		REFERRALS		COMPLETED					
		CAP							
		Services							
		SSA							
		Legal							



**INFORMACIÓN SOBRE PADRE/MADRE QUE NO EJERCE CUSTODIA/MANUTENCIÓN INFANTIL/ASISTENCIA MÉDICA** **NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS**

Si está solicitando Asistencia Temporal, debe ayudarnos a obtener manutención infantil/ayuda médica para usted y sus hijos. Si está solicitando **solamente** Asistencia Médica, puede que tenga que ayudarnos a obtener ayuda médica para usted y sus hijos solicitantes. Si está solicitando Asistencia para el Cuidado de Niños y/o Cuidado de Crianza, puede que tenga que ayudarnos a obtener manutención infantil para los hijos suyos incluidos en la solicitud. Si tiene preguntas, vea el folleto de instrucciones "Cómo Llenar la Solicitud" (PUB-1301 Statewide-SP «Rev. 5/02» ). Incluya los nombres de todos los menores de 21 años de edad cuyos padres no se encuentran en el hogar, y escriba toda la información que posee sobre el padre/la madre que no tiene la custodia de esta persona. Si **usted** es menor de 21 años 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 DE EDAD	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.	10				
D.					
E.					

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

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

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

**INFORMACIÓN SOBRE CÓNYUGE AUSENTE O FALLECIDO(A)-** Si el esposo o la esposa de cualquiera de las personas solicitantes vive en otra parte o ha fallecido, favor de indicarlo abajo.

NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE FALLECIMIENTO	SOCIAL SECURITY NUMBER	
		11				
DIRECCIÓN			CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

**INFORMACIÓN SOBRE HIJOS AUSENTES-** Si alguna de las personas solicitantes tiene un hijo(a) menor de 18 años de edad que resida en otra parte, favor de indicarlo abajo.

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE DEL HIJO AUSENTE	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD (Dirección, Ciudad, Condado, Estado y Código Postal)	¿SE HA ESTABLECIDO LA PATERNIDAD DEL HIJO(A) AUSENTE?		¿CONTRIBUYE USTED A LA MANUTENCIÓN DE SU HIJO(A)?	
				Sí	No	Sí	No
		12					

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

**INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES**

¿Hay algún padre/madre adolescente en el hogar?  Sí  No  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_ 13  
 ¿Vive en el hogar el hijo del padre/madre adolescente?  Sí  No  
 Nombre del hijo(a) del padre/madre adolescente \_\_\_\_\_

**TEEN PARENT:**

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

**TEEN PARENT CHILDREN**

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

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:							NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOBREADAS				
Indique si usted o alguien que viva con usted recibe dinero por:	SÍ	NO	¿QUIÉN?	SUMA/VALOR	¿QUIÉN?	SUMA/VALOR	CD	INCOME			
Salario, sueldo, incluyendo horas extras, comisiones, programas de capacitación, propinas	1						01	LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
Trabajo por Cuenta Propia	2						20				
Beneficios de Seguro de Desempleo	3						49				
Beneficios del Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)	4						45				
Beneficios del Seguro Social por Incapacidad	5						42				
Beneficios de Dependiente del Seguro Social	6										
Beneficios del Seguro Social para Sobrevivientes	7						43				
Beneficios de Pensión de Retiro del Seguro Social	8						44				
Beneficios de Retiro Ferroviario	9						38				
Beneficios de Retiro (Pensiones)	10						39				
Dividendos/Intereses sobre acciones, bonos, ahorros, etc.	11						03				
Compensación Laboral	12						59				
Beneficios de Incapacidad del Estado de Nueva York	13						33				
Beneficios de Pensiones de Veteranos/Ayuda y Atención	14						55				
Subsidio de Asistencia Pública	15						37				
Asignaciones de Dependencia GI	16						10				
Becas o Préstamos Educativos	17										
Contribuciones/Regalos (Recibidos)	18										
Pagos por Cuidado de Crianza (Recibidos)	19										
Pagos por Manutención Infantil (Recibidos)	20						02				
Pensión Alimenticia/Manutención (Recibidos)	21										
Seguro Privado de Incapacidad, Ingreso del Seguro de Salud/Accidente	22										
Beneficios por Accidente (No Fault)	23						50				
Beneficios Sindicales (incluyendo beneficios por huelgas)	24										
Préstamos (Recibidos)	25										
Ingresos de un Fideicomiso (Incluyendo ingresos a los que actualmente tiene derecho de recibir o tuvo derecho a recibir en el pasado y que aún no han sido pagados)	26										
Asignaciones para Capacitación	27						31				
Ingresos por Pago de Alquileres (Recibidos)	28						14				
Ingresos de Subarrendatarios/Huéspedes (Recibidos)	29										
<b>OTROS INGRESOS</b> (Especifique)											

14

**CONSIDER**

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

**INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO/MADRASTRA/PATROCINADOR(A) DE EXTRANJERO(A)**

**Conteste todas las preguntas siguientes**

¿Tiene el padrastro o la madrastra de cualquiera de los niños que viven con usted algún tipo de recursos o recibe algún tipo de ingresos?	SÍ	NO	¿QUIÉN?
			15
¿Hay algún extranjero(a) 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 VIVA CON USTED Y ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA, O ESTÁ RECIBIENDO ASISTENCIA:**

¿Se graduó de la escuela secundaria u obtuvo la equivalencia G.E.D.?  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

Fechas de asistencia \_\_\_\_\_

Fechas de conclusión de los estudios \_\_\_\_\_

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

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

Indique los nombres de sus hijos menores de 16 años de edad y las escuelas donde estudian:

¿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 ALGUIEN QUE VIVA CON USTED Y APAREZCA EN ESTA SOLICITUD:	SÍ	NO	¿QUIÉN?	¿SÍ? ESCRIBA LA SUMA/EL VALOR	¿QUIÉN?	¿SÍ? ESCRIBA LA SUMA/EL VALOR
Dispone de dinero en efectivo	1			\$		\$
Tiene cuenta(s) corriente(s)	2					
Tiene una cuenta(s) de ahorro o certificado(s) de depósito	3					
Tiene cuenta(s) con alguna cooperativa de crédito (credit union)	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					
Tiene propiedades de 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 no enumerados arriba	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	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER	
<input checked="" type="checkbox"/>	"In Trust" Accounts
<input checked="" type="checkbox"/>	Children's Resources
<input checked="" type="checkbox"/>	Lump Sum
<input checked="" type="checkbox"/>	Boats, Campers, Snowmobiles
<input checked="" type="checkbox"/>	Income Tax Refund
<input checked="" type="checkbox"/>	Individual Development Account (IDA)
<input checked="" type="checkbox"/>	Exempt Vehicles

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 SOMBRADAS			
INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVA CON USTED Y APAREZCA EN ESTA SOLICITUD:		SÍ	NO	¿SÍ? ¿QUIÉN?			
Tiene alguna cuenta médica o gastos médicos relacionados con la atención médica <b>1</b>							
Tiene seguro de salud o seguro hospitalario/de accidente (incluyendo seguros por parte del empleador) <b>2</b>						POLICY NO.:	
Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul) <b>3</b>						INSURANCE COMPANY NAME:	
Tiene un asistente de salud <b>4</b>				19			
Es ciego(a), está enfermo(a) o incapacitado(a) <b>5</b>							
Es un niño(a) incapacitado(a) <b>6</b>							
Está en un hospital, en un centro de servicios de enfermería (nursing home) u otra institución médica <b>7</b>							
Tiene cuentas médicas pagadas o por pagar de los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud <b>8</b>							
Tiene/tuvo una dependencia a las drogas o alcohol <b>9</b>							
Necesita servicios de cuidado en el hogar <b>10</b>							
Está embarazada <b>11</b>							
<b>SI ESTÁ EMBARAZADA, INDIQUE LA FECHA PROBABLE DEL PARTO:</b> _____ <b>12</b>							
INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVA CON USTED Y APAREZCA EN ESTA SOLICITUD:		SÍ	NO	¿SÍ? ¿QUIÉN?			
Recibe tratamiento de un programa por el abuso de drogas o alcohol <b>13</b>							
No ha podido trabajar por lo menos 12 meses debido a una incapacidad o enfermedad <b>14</b>							
Tiene actividad diaria limitada debido a una incapacidad o enfermedad que ha durado o durará un mínimo de 12 meses <b>15</b>							
Ha sufrido un accidente automovilístico o relacionado al trabajo en los últimos dos años <b>16</b>							
¿Ha pagado alguna agencia gubernamental (programa público), aparte de Asistencia Médica o Medicare, cualquiera de sus cuentas médicas? <b>17</b>							
RETROACTIVE MEDICAID	WHO		DATE				
RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO		AMOUNT \$	AMOUNT \$			
MEDICAL BILLS: YES NO		TPHI: YES NO					

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification <b>TA ONLY</b>	
CONSIDER		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ AD/SSI Related</li> <li>✓ FS Aged/Disabled Indicator</li> <li>✓ FS Medical Deduction</li> <li>✓ TPHI Reimbursement</li> <li>✓ Buy-In Eligibility</li> <li>✓ Kreiger (LDSS-3664)</li> <li>✓ Domestic Violence</li> <li>✓ SSI Referral</li> </ul>		
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

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 viva con usted) gastos de alquiler, hipoteca u otros gastos de vivienda?			\$
¿Tiene usted (o alguien que viva con usted) gastos de calefacción aparte del costo del alquiler o vivienda?			
¿Paga usted (o alguien que viva con usted) los siguientes gastos aparte del costo del alquiler o vivienda?	SÍ	NO	¿SÍ? INDIQUE LA SUMA
• Electricidad 1			\$
• Gas 2			
• Otros servicios (agua, etc.) 3			20
• Teléfono 4			
• Aire acondicionado 5			
• Gastos de instalación de servicios públicos/teléfono 6			
¿Paga alguna persona, grupo u organización fuera del hogar cualquiera de los gastos del hogar? 7			
¿Vive usted en una vivienda pública? 8			
¿Vive usted en una vivienda de la Sección 8 o en alguna otra vivienda subsidiada? 9			
¿Vive usted en algún hogar de rehabilitación por abuso de drogas o alcohol? 10			
¿Vive usted en algún refugio para víctimas de violencia doméstica? 11			

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS

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	

- CONSIDER**
- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
  - ✓ Utility Guarantee
  - ✓ HEAP
  - ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
  - ✓ Foster Care Related Additional Allowances
  - ✓ FS Household Comp. Rules
  - ✓ FS Aged/Disabled Indicator
  - ✓ Real Property Tax Credit
  - ✓ Life Line
  - ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
  - ✓ Property Lien

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Fuel for Heat(ing) *				
B. Electricity				
C. Gas				
D. Liquid Propane Gas				
E. Other Utilities* (Water, etc.)				
F. Telephone*				
G. Air Conditioning				
H. Utility/Telephone Installation Fees				
I. Sewer				
J. Garbage				
K. Trash				
L. Other Expenses				
<b>TOTAL</b>				

\*CONSIDER CUSTOMER OF RECORD FOR SUA

INFORMACIÓN ADICIONAL			
OTROS GASTOS			
INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVA CON USTED Y APAREZCA EN ESTA SOLICITUD:	SÍ	NO	¿SÍ? ¿CANTIDAD?
Paga manutención infantil <span style="float:right">1</span>			\$
Paga pensión alimenticia <span style="float:right">2</span>			\$
Tiene gastos por el cuidado de niños <span style="float:right">3</span>		21	\$
Tiene gastos por el cuidado de personas a cargo <span style="float:right">4</span>			\$
Paga instrucción y matrícula <span style="float:right">5</span>			\$
Tiene gastos adicionales Especifique _____ <span style="float:right">6</span>			\$

¿Usted o alguien que viva con usted y que aparezca en esta solicitud debe como mínimo 4 meses de manutención por orden judicial por un niño(a) menor de 18 años de edad? <span style="float:right">7</span>	SÍ	NO
---	----	----

INFORMACIÓN ADICIONAL			
¿Compra usted o piensa comprar comida de un servicio de entrega a domicilio o de un servicio comunal? <span style="float:right">8</span>	SÍ	NO	
¿Puede preparar comidas en su casa? <span style="float:right">9</span>	SÍ	NO	VETERAN STATUS
¿Ha pertenecido usted o algún miembro de su hogar a las fuerzas armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ <span style="float:right">10</span>	SÍ	NO	VETERAN CODE
¿Ha pertenecido su cónyuge a las fuerzas armadas de Estados Unidos? <span style="float:right">11</span>	SÍ	NO	
¿Es algún miembro de su hogar una persona que depende de alguien que sirve o sirvió en las fuerzas armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ <span style="float:right">12</span>	SÍ	NO	

**NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS**

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

INFORMACIÓN ADICIONAL (cont.)	SÍ	NO	¿QUIÉN?
¿Se ha trasladado usted o alguno de los solicitantes que vive con usted a este condado de otro condado del Estado de Nueva York en los dos últimos meses?			
¿Ha sido usted o alguien que viva con usted hallado culpable y/o se ha determinado que ya no reúne los requisitos para recibir beneficios de Asistencia Temporal y/o Cupones de Alimentos debido a fraude/violación intencional del programa?			
¿Ha recibido usted o alguien que viva con usted beneficios a los que no tenía derecho y los cuales no han sido completamente reembolsados a esta agencia u otra agencia?			
¿Se le ha declarado culpable a usted o a algún miembro de su hogar de hacer declaraciones fraudulentas o representaciones fraudulentas 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 un delito grave?			
¿Está usted o algún miembro de su hogar en violación de libertad condicional (probation) o libertad bajo palabra (parole)?			

ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDAD		
HE	NO HE	vendido, traspasado o cedido alguna propiedad mía para conseguir los beneficios de Asistencia Temporal o Cupones de Alimentos.

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

¿Recibe usted o alguien que viva con usted asistencia o servicios <b>actualmente</b> ? SÍ NO
¿SÍ? ¿QUIÉN? <span style="float:right">13</span> TIPO DE ASISTENCIA LOCATION RECEIVED DATES RECEIVED

¿Ha recibido usted o alguien que viva con usted asistencia o servicios <b>anteriormente</b> ? SÍ NO
¿SÍ? ¿QUIÉN? <span style="float:right">14</span> TIPO DE ASISTENCIA LOCATION RECEIVED DATES RECEIVED

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

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

**NOTES/COMMENTS**

Actual Expenses

\$

- Actual Income

\$

= Difference

\$

Does Client Receive Contribution Towards Difference

YES NO



If Yes, From Whom?

**CONSIDER**

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

## LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE APARECE ABAJO.

### AVISOS

**DECLARACIÓN DEL ACTA DE PRIVACIDAD – RECOPIACIÓN Y USO DE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL (SSN)** – La recopilación de SSN está autorizada para cada miembro del hogar con respecto a los Beneficios de Cupones de Alimentos según el Acta de Cupones de Alimentos de 1977 (Código 7 de EE.UU. enmendado 2011-2036).

Con respecto a todos los otros programas para los cuales esta solicitud requiere un SSN, la recopilación de SSN también es obligatoria y está autorizada bajo una o más secciones de las siguientes leyes: 205(c) del Acta del Seguro Social (Código 42 de EE.UU. 405), Sección 1137 del Acta de Seguro Social (Código 42 de EE.UU.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 consulte con su trabajador(a) de casos.

La información que recopilamos será usada para determinar si su hogar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para asistencia o beneficios. Verificaremos esta información por emparejamiento mediante programas de computador. Esta información también será usada para supervisar el cumplimiento de las reglas del programa y para la administración del programa.

Esta información puede ser divulgada a otras agencias estatales y federales para su revisión oficial, y a autoridades del orden público con el propósito de arrestar personas que estén huyendo de la ley.

Esta información será usada para: comprobar identidad, para verificar ingresos trabajados y no trabajados, para determinar si los padres ausentes pueden recibir cobertura de salud para los solicitantes o beneficiarios, para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden obtener manutención infantil o pensión alimenticia y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero o cualquier otro tipo de ayuda.

La información recopilada, incluyendo los SSN, con relación a los solicitantes y beneficiarios de Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad, podría ser usada para ayudar a la selección de miembros de un jurado.

Si una demanda por FS surge en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los SSN, podría ser remitida a las agencias federales y estatales, como también a las agencias recaudadoras de deudas privadas, para realizar acciones de recaudo de deudas privadas. Proveer la información requerida, incluyendo el SSN de cada miembro del hogar, se hace de manera voluntaria para los Beneficios de Cupones de Alimentos. Sin embargo, se le negará el derecho a Cupones de Alimentos a cualquier solicitante que no proporcione su SSN. Los SSN de miembros que no reúnen los requisitos también serán usados y divulgados de la manera antes mencionada.

**REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS** – Usted tiene el derecho, como parte de su solicitud de Asistencia Médica, o después, de solicitar un reembolso por los gastos médicos permitidos que usted incurrió, servicios o suministros recibidos durante un período de tres meses antes del mes de su solicitud. Después de la fecha de su solicitud, el reembolso por cuidados médicos permitidos, servicios y suministros sólo estarán disponibles si se obtienen de proveedores que estén inscritos con Medicaid.

**MANUTENCIÓN** – Al solicitar o recibir Asistencia para Familias (FA), Asistencia Red de Seguridad (SNA) o servicios de Cuidado de Crianza, usted está concediendo al Estado y al distrito de servicios sociales correspondiente cualquier derecho que el solicitante o el beneficiario pueda tener de mantenerse a sí mismo(a) o de mantener a otra persona para quien el solicitante o el beneficiario está pidiendo o recibiendo asistencia (Ley 158 y 348 de la Ley de Servicios Sociales). Otras secciones de esta solicitud contienen otras concesiones de derechos adicionales.

**AVISO- NO SE DISCRIMINA** – De acuerdo con las políticas de las leyes federales, y del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Según las políticas del Acta de Cupones de Alimentos y del USDA, también se prohíbe discriminar basándose en credos religiosos o políticos.

Para interponer una demanda por discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS. Escriba 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 sordos «TDD»). Escriba a HHS, Director, Office for 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 (sordos «TDD»). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que brindan igualdad en oportunidades.

**REPRESENTANTE AUTORIZADO DE CUPONES DE ALIMENTOS** – Usted puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar a **solicitar** cupones de alimentos por usted. Si desea hacerlo de esta manera, asegúrese que la persona **firma** la sección designada para la Firma en la parte inferior de la página 16. Usted también puede autorizar a otra persona que no viva en su hogar para que recoja sus FS o para que los use para comprarle alimentos. Si usted quiere autorizar a otra persona, escriba el nombre de la persona, la dirección y el número de teléfono aquí abajo.

**NOMBRE, DIRECCIÓN Y NUMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO  
(FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE)**

**SANCIONES** – Su solicitud podría ser investigada. Al firmar este acuerdo usted da su consentimiento para cooperar con dicha investigación. Las leyes federales y estatales establecen penalidades de multas y encarcelamiento o ambas, por no decir la verdad cuando se solicita Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Beneficios de Cupones de Alimentos, Asistencia para Servicios o el Cuidado de Niños (Asistencia, Beneficios o Servicios) o en cualquier momento cuando se le interrogue con relación a si reúne o no los requisitos, o si usted induce a otra persona a no decir la verdad acerca de su solicitud o acerca de la continuación de los requisitos necesarios para dichos beneficios. También se imponen sanciones si usted oculta o no revela hechos relacionados con los requisitos iniciales y con los requisitos necesarios para continuar con Asistencia, Beneficios o Servicios; y dicha Asistencia, Beneficios o Servicios deben ser usados por la otra persona y no por usted. Las leyes federales y estatales estipulan que cualquier transferencia de bienes por un valor menor del valor equitativo de venta, efectuada por una persona o por su cónyuge, dentro de 36 meses (o 60 meses en el caso de transferencias relacionadas con un fideicomiso) antes del primero del mes en el cual la persona no solamente recibe los servicios provistos por un centro de cuidados de enfermería (nursing home) sino que también ha sometido una solicitud para Asistencia Médica **podría** afectar los requisitos necesarios de esta persona para recibir servicios de un centro de cuidados de enfermería o servicios en el hogar o de la comunidad por un período de tiempo. Es en contra de la ley el ocultar información o proveer información falsa con el propósito de obtener Asistencia, Beneficios o Servicios.

**LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE APARECE ABAJO.****AVISOS (cont.)****ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON LOS CUPONES DE ALIMENTOS**

Toda información que proporcione con relación a su solicitud para Beneficios de Cupones de Alimentos estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. De encontrarse cualquier información inexacta, se le podría negar FS. Se le podría someter a juicio criminal por haber proporcionado a sabiendas información falsa.

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

- Encontrado culpable en una corte judicial por comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o ciertas drogas para las cuales se requiere una prescripción médica) a cambio de FS; **o**
- Encontrado culpable en una corte judicial por comprar o vender armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de FS; **o**
- Encontrado culpable en una corte de traficar con FS por un valor de \$500 o más. La acción de traficar incluye el uso ilegal, y la transferencia, adquisición, alteración o posesión de FS, tarjetas de autorización o servicios de acceso; **o**
- Encontrado culpable de cometer una tercera Violación Intencional del Programa (IPV).

Si usted ha cometido su:

- Primera IPV, no podrá obtener FS por un año.
- Segunda IPV, no podrá obtener FS por dos años.

Una corte también podría prohibirle recibir Beneficios de Cupones de Alimentos por 18 meses adicionales.

Si usted proporciona información falsa sobre su identidad o lugar de domicilio para poder obtener múltiples FS, no podrá obtener FS por 10 años (o de manera **permanente** si ésta es su tercera IPV).

Usted podría ser encontrado culpable de una Violación Intencional del Programa si usted:

- Proporciona información falsa o engañosa, o falsifica, oculta o retiene hechos; **o**
- Comete cualquier acto que constituya una violación de las leyes federales o estatales para usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar con cupones, tarjetas de autorización o documentos reutilizables que se usan como parte del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

También podría ser multado hasta con \$250.000, enviado a la cárcel por 20 años, o ambas.

**RECUPERACIONES POR ASISTENCIA MEDICA (MA)** – Una vez recibida la MA, se podría reclamar un embargo preventivo y una recuperación sobre su propiedad inmobiliaria bajo ciertas circunstancias si usted está en una institución médica y no espera regresar a casa. MA que se haya pagado a su nombre puede ser recuperada de personas que tenían la responsabilidad legal de su manutención al momento en que se recibieron los servicios médicos.

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

**REQUISITO PARA REPORTAR/VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR** – Su hogar debe reportar los gastos por el cuidado de niños y servicios públicos para obtener una deducción de Cupones de Alimentos aplicable a estos gastos. Su hogar deberá reportar y verificar pagos de alquiler/hipoteca, impuestos sobre propiedad, seguro, gastos médicos y manutención infantil pagados a una persona que no sea miembro del hogar con el fin de obtener una deducción de FS aplicable a estos gastos.

La acción de no reportar o 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 o no verificados. Una deducción relacionada con estos gastos podría ayudarle a reunir los requisitos para recibir FS o incrementar sus beneficios de FS. Usted 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 pertinente al reporte de cambios.

**ASIGNACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS**

**ASIGNACIÓN DE SEGUROS Y OTROS BENEFICIOS** – Con respecto a Asistencia Temporal y Asistencia Médica, estoy de acuerdo en presentar cualquier reclamación para beneficios de seguro de salud o accidente, y presentar cualquier otro tipo de reclamos por daños y recursos a los que tenga derecho, y por este medio asigno dichos recursos al funcionario de servicios sociales a quien presento esta solicitud. Además, ayudaré a poner a la disposición del funcionario de servicios sociales a quien presento esta solicitud cualquier recurso que se me haya asignado.

**PAGO DIRECTO** – Autorizo que los pagos que se hagan a mi nombre o a nombre de cualquier miembro de mi hogar provenientes de beneficios por 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 para la 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 de cualquier cuenta futura pendiente por concepto de servicios médicos y por servicios de salud que se me hayan suministrado mientras reúno los requisitos para la Asistencia Médica.

**REVELACIÓN DE LOS ARCHIVOS EDUCATIVOS** – Autorizo al Estado y a los departamentos de servicios sociales locales a:

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

**REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL 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 cobrarse del programa de Asistencia Médica.

**LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE APARECE ABAJO Y FIRME AL FINAL DE ÉSTA PÁGINA**

**ASIGNACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS (cont.)**

**CAMBIOS** – Acepto comunicar **oportunamente** a la agencia sobre cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, propiedades, condiciones de vida o dirección, según mi leal saber y entender.

Si estoy solicitando asistencia para el cuidado de niños, acepto informar oportunamente a la agencia sobre cualquier cambio en los arreglos que se hayan hecho para el cuidado de niños, incluyendo donde se provee el cuidado, quién provee el cuidado, costos del proveedor y horarios para los cuales se requiera el cuidado de los niños.

**CONSENTIMIENTO PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN** – Acepto que se me lleve a cabo cualquier investigación para verificar o confirmar la información que he proporcionado con relación a mi solicitud de TA, MA, FS, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños. Si se requiere información adicional, la proporcionaré. También cooperaré enteramente con el personal Federal y Estatal en una Revisión de Control de Calidad de Asistencia Temporal y/o de Cupones de Alimentos.

**SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA)** – Yo entiendo que los beneficiarios de Asistencia Temporal (TA) y de Cupones de Alimentos (FS) reúnen los requisitos en base a una categoría 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 de HEAP dentro de los próximos 12 meses, se lo haré saber a mi trabajador(a) de casos.

**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 tenga de manutención a nombre de cualquier miembro de la familia.

**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 del Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI) que yo pueda recibir al solicitar para el SSI o (2) beneficios retroactivos de SSI que yo pueda recibir si cesan o suspenden los beneficios del SSI y una fecha más tarde 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 para el SSI o el primer día en que los beneficios del SSI fueron restituidos después de un período de suspensión o cesión 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 la distribución 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) del SSI, el distrito local de servicios sociales me pagará el balance, si existe alguno, a más tardar a los 10 días laborales a partir de la fecha en que recibe mi pago del SSI. También comprendo que si el distrito deduce más dinero del que yo creo me fue pagado por la Asistencia Pública, se me dará la oportunidad a una audiencia.

Yo comprendo que:

- la SSA podría considerar la fecha en que yo presente esta autorización firmada ante el distrito local de servicios sociales como la fecha inicial en que yo reúno los requisitos para el SSI si presento una solicitud para los beneficios iniciales del SSI dentro de los próximos 60 días.
- esta autorización se aplicará a cualquier solicitud para SSI o apelación que actualmente esté pendiente ante la SSA con relación 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 que yo firme este acuerdo.

Esta autorización cesará un (1) año después de recibirse por el distrito local de servicios sociales y no tendrá ningún efecto para futuras solicitudes del SSI, apelaciones o revisiones si mi caso se decide completamente, si la SSA presenta un pago inicial del SSI, ya sea en mi solicitud o después de un período de suspensión o cesión, o si el Estado y yo estamos en mutuo acuerdo de 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	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL ESPOSO/ESPOSA O REPRESENTANTE PROTECTOR	FECHA DE LA FIRMA
X		X	