

<b>Dist Cd:</b>	<b>Ofc:</b>	<b>Worker:</b>	<b>Unit:</b>	<b>Case Name:</b>	<b>Case #:</b>
-----------------	-------------	----------------	--------------	-------------------	----------------

## SOLICITUD DE RENOVACIÓN POR CORREO / CUESTIONARIO DE HABILITACIÓN

Para determinar si usted puede continuar recibiendo Asistencia Temporal (TA) y Cupones para Alimentos (FS), debe rellenar este formulario, firmarlo, fecharlo y regresarlo a la dirección que aparece en la primera página, para el día:

**REGRESARLO PARA EL**

- En relación con el Programa de Asistencia Temporal, este formulario se considera una solicitud de renovación por correo. En relación con el programa de cupones, se considera un cuestionario de habilitación.
- Debe adjuntar copias de cartas o documentos que verifiquen los cambios que ha reportado.
- Si usted no devuelve el formulario, o lo devuelve sin los comprobantes exigidos, es posible que cerremos su caso o reduzcamos la cantidad de beneficios que recibe.

1. Todavía necesita: Asistencia Temporal: Sí  No  Cupones para Alimentos: Sí  No  Asistencia Médica: Sí  No

2. ¿Se han agregado o retirado miembros del grupo familiar desde la última vez que usted reportó el número de integrantes del grupo familiar (incluyendo los recién nacidos)?

Si contestó que sí, suministre los siguientes datos. Si desean solicitar de un programa de asistencia social, deben llenar una solicitud. Si va a reportar la adición al grupo familiar de un recién nacido, favor de adjuntar como comprobante, una copia de la partida de nacimiento.

Sí  No

Nº DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE	PARENTESCO CON USTED	SE INCORPORÓ	SE RETIRÓ	FECHA:

3. Aparte de lo que recibe en Asistencia Temporal, ya sea usted o un miembro del grupo familiar ¿ha visto una modificación de ingresos? Algún miembro del grupo familiar ¿ha comenzado a recibir ingresos de una nueva fuente, o ha recibido un aumento de ingresos o ha perdido ingresos de una de las siguientes fuentes?: si contestó que «SÍ», indique la cantidad que recibe y si esta nueva cantidad representa una pérdida, un aumento, o una nueva fuente de ingresos. Si esa cantidad ha cambiado, favor de adjuntar copias para verificar el pago de las últimas cuatro semanas, u otro comprobante de cuánto usted recibe.

FUENTE DE INGRESO	SÍ	NO	CANTIDAD	NUEVA	AUMENTO	REDUCCIÓN
A. Contribuciones			\$			
B. Empleo: número de horas que trabaja por semana _____.			\$			
C. Beneficios de Seguro de Desempleo (UIB)			\$			
D. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			\$			
E. Sustento de menores (incluyendo pagos ordenados por el juez)			\$			
F. Beneficios de veteranos u otros beneficios a militares			\$			
G. Otro tipo de ingresos			\$			

4. ¿Se han dado cambios en las siguientes situaciones desde la última vez que usted reportó los datos?:

SÍ	NO	
		A. Pagos de alquiler: Aumento <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Nueva cantidad \$ _____ (adjunte copia de recibo de alquiler si la cantidad ha cambiado)
		B. Hay una persona embarazada o incapacitada. Nombre: _____ (adjunte copia de comprobante médico)
		C. Recursos (por ejemplo: auto, cuenta bancaria, etc.)
		D. Otros cambios (incluyendo horas de trabajo o horas de actividad laboral), favor de explicar:

### FIRMAS

Juro (o) afirmo que los datos que he proporcionado en este formulario son verdaderos y exactos.

Firme aquí: X

Fecha:

Firma del esposo(a) o representante autorizado: X

Fecha:

**ADVERTENCIA:** las leyes federales y estatales disponen sanciones en la forma de multas, encarcelamiento o ambas, si usted no dice la verdad o si usted retiene o no revela datos pertinentes a si usted continúa reuniendo los requisitos para recibir asistencia. La reglamentación exige que usted notifique inmediatamente esta agencia sobre todo cambio en sus necesidades, ingresos, recursos, situación de vivienda o domicilio.

## SOLICITUD DE RENOVACIÓN POR CORREO / CUESTIONARIO DE HABILITACIÓN

### CUPONES PARA ALIMENTOS

**Para que podamos determinar si usted puede continuar recibiendo cupones para alimentos, debe llenar este cuestionario de habilitación y regresarlo para la fecha que aparece en la primera página. Si no rellena y regresa el cuestionario para la fecha indicada, sus beneficios de cupones se reducirán o se suspenderán. De ser así, le enviaremos otro aviso. Esta decisión se basa en 18 NYCRR 387.17.**

**Lista de cambios, relativos al programa de cupones, que debe reportar en este momento:**

- Cambios en **fuentes de ingresos** de algún miembro del hogar.
- Cambios en el total de **ingresos trabajados** del hogar cuando este total aumenta o disminuye por más de \$100 al mes.
- Cambios en el total de **ingresos no trabajados** del hogar **provenientes de fondos públicos**, tales como beneficios de Seguro Social o beneficios del Seguro de Desempleo (UIB), cuando este total aumenta o disminuye por más de \$50 al mes.
- Cambios en el total de **ingresos no trabajados** del hogar, **provenientes de fondos privados**, tales como pagos de Sustento de Menores o pagos del seguro privado por incapacidad, cuando este total aumenta o disminuye por más de \$100 al mes.
- Cambios en los **pagos por orden judicial de Sustento de Menores** a favor de un niño que no sea miembro del grupo familiar que recibe cupones.
- Cambio en **quiénes viven con usted**.
- **Si se muda**, su nuevo domicilio, o los nuevos montos de alquiler o hipoteca; gastos de calefacción y servicios públicos.
- Un automóvil nuevo o diferente, u otro vehículo.
- Aumento en lo que el hogar tiene en dinero en efectivo, acciones, bonos, dinero en el banco o en una institución de ahorros cuando el total del dinero en efectivo y ahorros de todos los miembros del hogar sobrepasa los \$2,000 y, en el hogar no hay una persona de edad mayor o con una incapacidad permanente; o \$3,000 cuando en el hogar hay una persona de edad mayor o con una incapacidad permanente.
- **Si algún integrante de su hogar beneficiario de cupones para alimentos es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes** ("ABAWD"), usted **DEBE** informarnos si esa persona trabajó menos de 80 horas al mes dentro de los diez días de finalizado dicho mes.

**ASISTENCIA MÉDICA:** debe notificar inmediatamente a esta agencia de todo cambio de domicilio, ingresos, recursos o tamaño de su grupo familiar. Se le notificará si habrá cambios en la cobertura de Asistencia Médica.

### Autorización de reembolso de beneficios de asistencia pública de los pagos retroactivos de SSI

Yo autorizo al comisionado de la Administración del Seguro Social (SSA) para que envíe al distrito local de servicios sociales, la cantidad que se me adeuda al momento de mi primer pago de (1) pago retroactivo de Seguridad de Ingreso Suplementario que pueda recibir al presentar una solicitud de SSI, o (2) beneficios retroactivos que pueda recibir si mis beneficios de SSI cesan o se suspenden y más tarde se restituyen. Yo comprendo que el distrito local de servicios sociales podría descontar de mi pago de SSI la cantidad de Asistencia Pública (excepto la asistencia pagada total o parcialmente con fondos federales) que se me pagó durante el periodo que comienza con el primer día que tuve derecho a los beneficios de SSI o el primer día en que los beneficios fueron restituidos después de un periodo 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 existiera alguno, a más tardar dentro de los 10 días laborales a partir de la fecha en que recibe mi pago de SSI. También, estoy al tanto de que si el distrito deduce más dinero del que yo creo me fue pagado por Asistencia Pública, se me dará la oportunidad de refutarlo por medio de una audiencia.

Comprendo que:

- la Administración del Seguro Social puede considerar la fecha en que presento esta autorización firmada ante la oficina local de servicios sociales, como la fecha inicial en la que comienzo a satisfacer los requisitos para recibir beneficios del SSI, si someto una solicitud de beneficios de SSI dentro de los próximos 60 días.
- esta autorización tendrá efecto con relación a toda solicitud de SSI o apelación que actualmente esté pendiente ante la oficina de la Administración de Seguro Social tocante a mi persona y a toda solicitud de SSI que yo presente, o apelación que reclame con respecto al periodo que concluye transcurrido un año de la fecha de mi firma en este acuerdo. Lo anterior no afectará los casos sobre los cuales ya se tomó una resolución definitiva, o si la Administración de Seguro Social ya hizo un pago inicial de SSI, ya sea en base a mi solicitud o después de un periodo de suspensión o cancelación, o cuando el Estado y yo, de mutuo acuerdo, decidamos cancelar la autorización.

Esta autorización caducará un año (1) después de que el distrito local de servicios sociales la reciba y no tendrá ningún efecto en las futuras solicitudes de SSI que se hagan después de esa fecha.

**LIFELINE:** (solicitantes / beneficiarios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos) es posible que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (*NYS Office of Temporary and Disability Assistance*) revele su nombre y domicilio a la compañía telefónica. El suministrador de servicios telefónicos puede usar esos datos con objeto de brindarle la tarifa de descuento conocida como *Lifeline*.

**Si no desea que se revele este tipo de información, marque esta casilla**

Puede comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar el servicio de descuento de *Lifeline*. **Sólo** los solicitantes / beneficiarios de Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar inscripción en el servicio económico de *Lifeline*.

**Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWD):** si un miembro del grupo familiar que recibe cupones es un Adulto Habilitado para Trabajar sin Dependientes debe informarnos cuando las horas laborales mensuales de esta persona sean menos de 80.

**NOTA:** la última página de esta solicitud es una solicitud de registro de votante. Si necesita ayuda para llenar la solicitud de registro de votante, pídales a la persona a cargo de su caso que le ayude. El inscribirse o no para votar no afecta de ninguna manera la decisión de esta agencia en cuanto a la cantidad de prestaciones que se le otorgue. Regrese este formulario a la agencia, aunque no lo haya relleno completamente.

# Formulario de inscripción del votante emitido por una agencia del Estado de Nueva York

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN INGLÉS

本表格有中文文本



## ¡IMPORTANTE!

El hecho de solicitar o rehusar la inscripción para votar no afectará la magnitud de la asistencia que le será proporcionada por esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción del votante, nosotros se la brindaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es sólo suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si usted piensa que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o a rehusar inscribirse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir inscribirse o no, o para solicitar inscribirse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una demanda ante la *Junta Electoral del Estado de Nueva York, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109. Teléfono: 1-800-469-6872, TTY (línea para discapacitados auditivos) 1-800-533-8683; o visite nuestro sitio en la red - www.elections.state.ny.us*

Su decisión de registrarse permanecerá confidencial y solamente será utilizada para los fines de inscripción del votante. Toda persona que escoja no inscribirse para votar y/o la información referente a la oficina ante la cual se presentó la solicitud permanecerán confidenciales, para ser utilizadas solamente para los fines de inscripción del votante.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE

“Si usted no está inscripto para votar en el lugar de su residencia actual, ¿le gustaría solicitar la inscripción aquí y ahora?”

**SÍ** (Si marca Sí, sírvase completar la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE al final de esta página)

NO, porque elijo no inscribirme, O

Ya estoy inscripto en mi residencia actual, O

Ya solicité y recibí un formulario de inscripción por correo.

Si usted no marca una de las casillas, se interpretará que ha decidido no inscribirse para votar en esta ocasión.

(Firma)

(Fecha)

(Escriba su nombre en letra de imprenta)

## Requisitos para la inscripción

Usted puede utilizar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York.
- cambiar su nombre y/o domicilio, si se produjo alguna modificación desde la última vez que usted votó.
- inscribirse en un partido político o modificar su inscripción.

Para inscribirse, usted debe:

- ser ciudadano norteamericano.
- haber cumplido 18 años de edad antes del 31 de diciembre del año en que usted presente este formulario. (Nota: usted debe tener 18 años de edad para el día de la elección general, primaria u otra elección en la cual desee votar).
- haber residido en el condado o en la ciudad de Nueva York por lo menos 30 días antes de una elección.
- no estar en prisión o bajo libertad condicional por la condena de un delito.
- no reclamar el derecho de voto en otro lugar.

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE (Instrucciones en el reverso)

NVRA-05 (10/03)

Sí, necesito una solicitud para una Boleta de ausente

Sírvase completar con letras de imprenta en tinta azul o negra

Sí, me gustaría ser un Trabajador para el día de las elecciones

<b>1</b> ¿Es usted ciudadano norteamericano? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>2</b> Tendré 18 años el día de las elecciones o antes: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>¡Para uso exclusivo de la Junta!</b>							
Si respondió NO, no complete este formulario.		Si respondió NO, no complete este formulario a menos que cumpla 18 años antes de fin de año.									
<b>3</b> Apellido		Nombre		Inicial segundo nombre		Sufijo					
<b>4</b> Domicilio de su hogar (no escriba casilla de correo)				Nº de apto		Ciudad/Pueblo/Aldea		Código postal		Condado	
<b>5</b> Domicilio postal (si difiere del anterior)				Casilla de correo, Nº de ruta, etc.				Oficina de correos		Código postal	
<b>6</b> Fecha de nacimiento		<b>7</b> Sexo (encierre en un círculo) M F		<b>8</b> Nº de teléfono de su hogar (opcional)				<b>9</b> Número de identificación – Marque el recuadro que corresponda y escriba el número			
Último año en que usted votó		Su domicilio era (escriba calle, número y ciudad)				<input type="checkbox"/> Nº de licencia de conducir de Nueva York		<input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos de su Nº de seguro social			
<b>10</b> En el condado/estado		Con el nombre (si difiere del que utiliza actualmente)				➔		<input type="checkbox"/> No poseo ninguno de dichos números			
<b>11</b> Elija un partido – Marque sólo un recuadro						<b>12</b> DECLARACIÓN JURADA: Juro o afirmo que					
<input type="checkbox"/> PARTIDO REPUBLICANO <input type="checkbox"/> PARTIDO DEMÓCRATA <input type="checkbox"/> PARTIDO DE LA INDEPENDENCIA <input type="checkbox"/> PARTIDO CONSERVADOR <input type="checkbox"/> PARTIDO DE LAS FAMILIAS TRABAJADORAS <input type="checkbox"/> OTRO (especifique) _____ <input type="checkbox"/> NO DESEO INSCRIBIRME EN UN PARTIDO						Recuerde que para votar en una <b>elección primaria</b> , usted debe estar inscripto en uno de estos partidos • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré residido en el condado, ciudad o pueblo durante al menos 30 días con anterioridad a la elección. • Cumpló con todos los requisitos para inscribirme para votar en el estado de Nueva York. • Mi firma o huella figura en la línea que está a continuación. • La información precedente es verdadera. Entiendo que si no fuera verdadera, puedo ser condenado y multado con hasta \$5.000 y/o encarcelado por un máximo de cuatro años. ↓ Firma o marca ↓ X _____ Fecha _____					

Por favor no escribir en este espacio

## PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

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

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

**Recuadro 4:** Escriba el domicilio de su hogar.

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

**Recuadro 8:** Es opcional completar este recuadro.

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

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

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

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