



NEW YORK STATE™

INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO LLENAR LA SOLICITUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK PARA:

- ASISTENCIA PÚBLICA
- CUIDADO DE NIÑOS EN LUGAR DE ASISTENCIA PÚBLICA
- PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA
- MEDICAID Y PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA

- MEDICAID Y ASISTENCIA PÚBLICA
- SERVICIOS, INCLUIDO EL CUIDADO DE CRIANZA
- ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS
- SÓLO ASISTENCIA DE EMERGENCIA

Página Original 1

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

Si es ciego o sufre de impedimentos visuales graves y necesita una solicitud o este instructivo en otro formato, puede solicitarlo de su distrito de servicios sociales (SSD - por sus siglas en inglés). Los siguientes formatos están disponibles:

- Tipografía grande
- Formato digital (archivo electrónico accesible por lector de pantalla)
- Formato de audio (una transcripción en audio del instructivo o de las preguntas de la solicitud); y
- Braille, si cree que ninguno de los otros formatos anteriores le será de igual utilidad a usted

Las solicitudes e instructivos también están disponibles para su descarga en tipografía grande, formato digital y formato de audio en www.otda.ny.gov o www.health.ny.gov. Recuerde que las solicitudes están disponibles en formato de audio y Braille sólo para efectos informativos. Si desea someter una solicitud debe presentarla por escrito en un formato no alternativo.

Si tiene alguna discapacidad que le impida llenar esta solicitud o esperar para ser entrevistado, notifíquesele a su SSD. El SSD hará todo lo posible para ofrecerle facilidades razonables que satisfagan sus necesidades.

Si requiere otro tipo de facilidades o necesita otro tipo de ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con su SSD. Estamos comprometidos a ayudarlo y apoyarlo de manera profesional y respetuosa.

Página Original 2

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

CONSEJOS PARA LLENAR LA SOLICITUD

Siempre que vea "Asistencia Pública" o "PA" (por sus siglas en inglés) en la solicitud, se refiere a "Asistencia

para Familias” y "Asistencia Red de Seguridad".

Llamamos a estos dos programas "Asistencia Pública". La PA y los otros programas que puede solicitar utilizando esta solicitud fueron creados para dar ayuda temporal a quienes la necesitan. Ciertos programas limitan el período durante el cual puede recibir ayuda, así que es importante que alcance la autosuficiencia lo antes posible. El SSD está disponible para ayudarle a alcanzar la autosuficiencia y para dicho fin necesitamos saber quién es usted y qué necesita. Es por eso que debe llenar una solicitud.

Como parte del proceso de solicitud, el SSD le pedirá que proporcione y compruebe información referente a usted y a los otros individuos para los que solicita ayuda. Una lista de documentos requeridos, que puede encontrar al final de este instructivo, muestra los tipos de información que podría tener que proporcionar y los tipos de documentos con los que puede comprobar dicha información. Por ejemplo, para demostrar quién es, puede presentar una identificación con fotografía, una licencia de conducir, un pasaporte de Estados Unidos, un certificado de naturalización, registros hospitalarios o médicos, o documentos de adopción. Además, el SSD lo entrevistará como parte del proceso de solicitud. El SSD combinará

las entrevistas para los distintos programas siempre que sea posible.

La solicitud y este instructivo vienen con secciones enumeradas para asistirle mejor. Tenga en mente lo siguiente al llenar la solicitud:

- **ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE**
- **NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS**
- **ASEGÚRESE DE LLENAR TODAS LAS SECCIONES RELEVANTES A LA(S) PERSONA(S) PARA LA(S) QUE PRESENTA LA SOLICITUD**
- **SIEMPRE USE LOS NOMBRES LEGALES, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO.**
- **SI ESTÁ PRESENTANDO LA SOLICITUD COMO REPRESENTANTE DE OTRA PERSONA, SIRVASE DAR LOS DATOS DE ESA PERSONA, NO LOS SUYOS. ASEGÚRESE QUE TANTO USTED COMO LA OTRA PERSONA FIRMAN LA ÚLTIMA PÁGINA DE LA SOLICITUD.**
- **SI NO ESTÁ SEGURO DE CÓMO LLENAR ALGUNA PARTE DE ESTA SOLICITUD, PIDA AYUDA A SU SSD.**

Además de LDSS-2921; «Solicitud de Ciertos Subsidios y Servicios del Estado de Nueva York», asegúrese que recibe copias de los siguientes folletos informativos, disponibles en el SSD o en www.otda.ny.gov:

- **LDSS- 4148A: "Libro 1: Lo que debe saber sobre sus derechos y responsabilidades"**
- **LDSS- 4148B: "Libro 2: Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales"**
- **Suplemento al Libro 1, LDSS-4148A y al Libro 2, LDSS-4148B: "Cambios importantes al Programa Medicaid"**
- **LDSS- 4148C: "Libro 3: Lo que debe saber si tiene una emergencia"**

Página Original 3

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

PORTADA DE LA SOLICITUD

Si es ciego o sufre de impedimentos visuales graves, puede elegir recibir las notificaciones relacionadas con los programas que solicite o a los que se afilie en otros

formatos. Los formatos disponibles son: tipografía grande, CD de datos, CD de audio, y Braille, si cree que ninguno de los otros formatos mencionados será igualmente efectivo para usted.

SI ES CIEGO O SUFRE DE IMPEDIMENTOS VISUALES GRAVES, ¿DESEA RECIBIR LAS NOTIFICACIONES POR ESCRITO EN OTRO FORMATO? Si es ciego o

sufre de impedimentos graves de la vista, marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si desea recibir las notificaciones escritas relacionadas con los programas que solicite o a los que se afilie en un formato alternativo.

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MARQUE EL TIPO DE

FORMATO QUE DESEA: Si es ciego o sufre de impedimentos visuales graves, y desea recibir las notificaciones escritas relacionadas con los programas que solicite o a los que se afilie en un formato alternativo, marque (✓) el tipo de formato que prefiere: tipografía grande, CD de datos, CD de audio o Braille. Braille está disponible como un formato alternativo si cree que ninguno de los otros formatos le será tan efectivo para usted como el Braille.

Si requiere otro tipo de adaptación o necesita otro tipo de ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con su SSD.

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 1: MARQUE TODOS LOS PROGRAMAS QUE USTED O UN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR SOLICITAN

Marque (✓) la casilla de cada programa que usted o un miembro de su hogar solicitan.

Medicaid comprende los programas Medicaid, el Programa de Adquisición de Subsidios de Medicaid para Trabajadores con Discapacidades, y Subsidios para Planificación Familiar. Cuando vea "MA" en la solicitud, significa "Medicaid", que antes se conocía como "Asistencia Médica". Puede solicitar MA utilizando esta solicitud solamente si también está solicitando Asistencia Pública (PA) Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) al mismo tiempo. Si desea solicitar Medicaid y SNAP, marque (✓) la casilla de "Medicaid (MA) y SNAP". Si desea solicitar Medicaid y PA, marque (✓) la casilla de "Medicaid (MA) y PA".

Si sólo desea solicitar MA, puede hacerlo en línea en <https://nystateofhealth.ny.gov/> o marcando el 1-855-355-5777 si desea obtener más información o presentar su solicitud; o puede utilizar la solicitud impresa sólo para MA, - Formulario DOH-4220, que su trabajador social puede proporcionarle, o llamar a la línea de ayuda de MA al 1-800-541-2831. Si solamente desea presentar una solicitud para el Programa de Ahorros de Medicare (MSP - por sus siglas en inglés), debe hacerlo con el Formulario DOH-4328, que su trabajador social puede proporcionarle. Si necesita servicios de cuidado personal de manera inmediata, debe solicitar MA por separado utilizando el formulario de solicitud de MA DOH-4220.

Si es apto para Asistencia Pública, pero decide que sólo necesita Asistencia de Cuidado de Niños, marque (✓) la casilla de "Cuidado de Niños en lugar de PA". Si cambia de opinión y decide que necesita Asistencia Pública, puede presentar su solicitud ante este programa cuando lo desee.

Si marca (✓) la casilla "Sólo asistencia de emergencia (EMRG)", indica que está solicitando un pago único de emergencia, y no se hará la determinación de su habilitación para ningún otro programa.

SECCIÓN 2

¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL? Marque (✓) la casilla de "inglés", "español" u "otro" para indicar el idioma que usa con más frecuencia. Si marca (✓) la casilla "Otro", escriba con letra de molde su idioma preferido.

DESEA RECIBIR NOTIFICACIONES EN: Usted recibirá notificaciones referentes a los programas que solicite o a los que se afilie. Marque (✓) la casilla "Sólo inglés" o la casilla "inglés y español" para indicar los idiomas en los que desea recibir estas notificaciones.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE: Escriba su nombre, primer nombre, inicial de su segundo nombre y apellido.

ESTADO CIVIL: Escriba si es soltero(a), casado(a), viudo(a), legalmente separado(a) o divorciado(a). Si alguna vez ha estado casado(a) escriba el estado civil apropiado, no escriba "soltero(a)".

NÚMERO DE TELÉFONO: Escriba el número de teléfono en el que pueda ser localizado con más facilidad. Incluya el código de área.

DIRECCIÓN RESIDENCIAL:

Calle y número: Escriba el número de la casa o edificio; la calle, avenida, camino, etc.

N° de Apto: Escriba el número de su apartamento, de haberlo

Ciudad: Escriba el nombre de la ciudad donde vive

Condado: Escriba el nombre del condado donde vive

Estado: Escriba el nombre del estado donde vive.

Código postal: Escriba el código postal de su domicilio

DIRIGIR CORRESPONDENCIA A: Si alguien más recibe el correo por usted, escriba el nombre de esa persona.

DIRECCIÓN POSTAL: Si recibe su correo en un lugar distinto donde vive, escriba la calle y el número (número de apartamento, si lo hay) o el apartado postal, la ciudad, el condado, el estado y el código postal de ese lugar.

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN SU

DIRECCIÓN ACTUAL?: Escriba el número de años y meses que ha vivido en su dirección actual.

¿ES UN ALBERGUE?: Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si el lugar donde vive es un refugio.

OTRO TELÉFONO DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR:

Escriba otro número de teléfono donde pueda ser localizado y, de ser pertinente, el nombre de la persona a la que pertenece el número, incluido el código de área.

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN

ACTUAL: Escriba las indicaciones para encontrar su domicilio. Use puntos de referencia conocidos.

DIRECCIÓN ANTERIOR: Escriba la dirección anterior al domicilio actual.

SI ACTUALMENTE NO TIENE UN LUGAR DONDE

VIVIR, MARQUE AQUÍ: Si no tiene un lugar donde vivir o no cuenta con un domicilio, marque (✓) esta casilla.

AGENCIA QUE AYUDA AL SOLICITANTE / PERSONA

DE CONTACTO: Si alguien le está ayudando a presentar la solicitud, escriba el nombre de esa persona, su agencia, y el número de teléfono de la persona.

Página Original 5

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

¿NECESITA QUE LA PARTE REFERENTE A MEDICAID DE ESTA SOLICITUD Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN

DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES?: Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar en la solicitud o en el informe a su trabajador social si necesita que su solicitud o su correspondencia relacionada con la recepción de cualquier cobertura de Medicaid se mantengan confidenciales.

SECCIÓN 4: SI SOLICITA SNAP

Lea la declaración en la Sección 4 de la solicitud, firme y escriba la fecha debajo de la declaración si dicha información le es pertinente a usted o a un miembro para el cual está solicitando asistencia. Comuníquese con el SSD si tiene alguna pregunta sobre esta sección.

SECCIÓN 5: ¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES APLICA A SU CASO EN PARTICULAR?

Marque (✓) para cada situación que aplique a su caso o al de la persona para la cual solicita asistencia.

PÁGINA 2 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

NOMBRE: Escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido de todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando asistencia. Escriba sus propios datos en la primera línea.

ESTA PERSONA ESTÁ SOLICITANDO: Marque (✓) los tipos de asistencia que está solicitando cada persona: PA para Asistencia Pública, SNAP para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria; MA para Medicaid; CC para Asistencia para Cuidado de Niños; FC Cuidado de Crianza; S para Servicios (tales como servicios de prevención / protección para niños o adultos), o EMRG para Asistencia de Emergencia solamente.

FECHA DE NACIMIENTO: Escriba la fecha de nacimiento de cada persona que solicita asistencia.

SEXO E IDENTIDAD DE GÉNERO: el Estado de Nueva York le garantiza su derecho a tener acceso a subsidios o servicios estatales independientemente de su sexo, identidad de género o expresión. Debe informar su sexo y

el sexo de todos los miembros del hogar como masculino o femenino, incluso si su certificado de nacimiento identifica su género como "X". Sírvase informar "M" para masculino o "F" para femenino, de acuerdo con la designación de sexo que actualmente se registra en los archivos de la Administración del Seguro Social de Estados Unidos. El sexo que usted reporta se necesita para procesar su solicitud. No aparecerá en ninguna tarjeta de subsidios que pueda recibir ni en ningún otro documento público.

La identidad de género es cómo se percibe a sí mismo y cómo se llama a sí mismo. Su identidad de género puede ser igual o diferente al sexo con el que nació. La identidad de género no es necesaria para esta solicitud. Si su identidad de género o la identidad de género de alguna persona en su hogar es / son diferente(s) al sexo que usted informa para esa persona, y desea proporcionar la identidad de género de esa persona, escriba «Masculino», «Femenino», «No binario», «X», «Transgénero» o «Identidad diferente» en el espacio proporcionado. Si usted escribe «Identidad diferente», usted puede describir la identidad de género de la persona en el espacio indicado. El suministro de esta información se hace de manera voluntaria. Ello no afectará la habilitación de la(s)

persona(s) que hacen la solicitud, tampoco afectará el nivel de subsidios recibidos.

Página Original 6

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

PARENTESCO CON USTED: Para cada persona, escriba el parentesco con usted (por ejemplo, cónyuge, hijo, hijo de cuidado de crianza, amigo(a), compañero de casa, huésped, etc.).

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SOLICITAN ASISTENCIA: Escriba el número de seguro social de cada persona que solicita asistencia a menos que esa persona sea:

- Una mujer embarazada que solicita solamente Medicaid;
- Un no ciudadano que solicita solamente Medicaid o subsidios por una emergencia médica;
- Un adulto que solicita solamente servicios de protección para adultos; o
- Solicita solamente Asistencia de Cuidado de Niños. Si la persona solicita Asistencia de Cuidado de Niños, y

servicios preventivos o en lugar de Asistencia Pública, escriba el número de seguro social de esa persona.

Otros servicios, como el cuidado de crianza, los servicios de protección a menores, los servicios preventivos para menores, y la orientación, son financiados por una variedad de fuentes, muchas de las cuales requieren que proporcione un número de seguro social. Aunque los solicitantes de ciertos servicios no están obligados a proporcionar un número de seguro social, estos servicios podrían no estar disponibles si no lo proporciona. Por lo tanto, solicitamos el número de seguro social de todos los que solicitan estos servicios con el fin de que puedan recibir todos los subsidios para los que son aptos.

MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO:

Escriba el grado escolar más alto alcanzado (del 1 al 12) para cada persona que solicita asistencia. Si cursó más de 12 años, escriba 13. Si no tiene educación formal, escriba 0. Si sólo solicita Servicios, no tiene que responder esta pregunta.

¿ESTA PERSONA COMPRA ALIMENTOS O PREPARA COMIDAS CON USTED (INCLUSIVE LOS HIJOS MENORES DE EDAD)?: Es importante que marque (✓) "Sí" o "NO" en esta pregunta para cada persona que vive

con usted, ya sea que solicite asistencia o no. A veces, la persona que compra y prepara las comidas por separado puede obtener más subsidios de SNAP.

LISTE LOS APELLIDOS DE SOLTERA Y OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED U OTRO MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR HAN SIDO

CONOCIDOS: Escriba todos los apellidos de soltera, los nombres de matrimonios anteriores, y otros nombres utilizados por las personas enumeradas en esta sección. Incluya el primer nombre, la inicial de segundo nombre y apellido.

PÁGINA 3 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 7: RAZA / ORIGEN ÉTNICO

Llene esta sección para cada persona que solicita asistencia. Escriba "S" para "Sí" o "N" para "NO" en la columna marcada como "H" para indicar si la persona es hispana o latina. Escriba "S" para "Sí" o "N" para "NO" en cada una de las columnas de razas para indicar la raza de cada persona:

- H = Hispano o latino

- I = Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- A = Asiático
- B = Raza negra o afroamericano
- P = Indígena hawaiano o nativo de la Polinesia
- W = Blanco
- U = Desconocido

Proporcionar esta información se hace de manera voluntaria. El hacerlo no afectará la habilitación de las personas que presentan la solicitud, ni el nivel de subsidios que reciban. La razón que se solicitan estos datos es para garantizar que los subsidios del programa se distribuyen sin importar la raza, el color o la nacionalidad.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 8: CIUDADANÍA / SIN CIUDADANÍA Y CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

Llene esta sección para cada persona que solicita asistencia de cualquiera de los siguientes programas:

- Asistencia para Cuidado de Niños
- Cuidado de Crianza; u
- Otros Servicios

Además, si usted o un miembro de su hogar solicitan el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), deben enumerar a todos los miembros del grupo familiar, incluso si no solicitan SNAP. También debe incluir a todos los hermanos y padres que viven con menores que solicitan Asistencia Pública (PA). Si solicita solamente Asistencia de Cuidado de Niños o Cuidado de Crianza, llene esta sección sólo para los menores que

necesiten el cuidado de niños o el cuidado de crianza. Si no llena esta sección con los datos de una persona que solicita asistencia, esa persona podría no recibir asistencia.

NOMBRE: Escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido de cada persona que solicita asistencia o que deba ser incluida en la lista.

MARQUE "CIUDADANO / NACIONAL" O "NO CIUDADANO" PARA CADA PERSONA: Al lado del nombre de cada persona, marque (✓) ya sea la casilla "CIUDADANO / NACIONAL" para indicar que la persona es ciudadano estadounidense, indígena norteamericano o nacional, o "NO CIUDADANO" para indicar que la persona no es ciudadano estadounidense, indígena norteamericano, ni nacional.

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO: Escriba el número del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos ("USCIS"- por sus siglas en inglés) o el número de no ciudadano, si tiene uno.

SECCIÓN 9: CERTIFICACIÓN

Lea cuidadosamente la declaración en la parte inferior de esta sección, y luego firme y escriba la fecha en la certificación, afirmando la ciudadanía o la no ciudadanía con una situación migratoria satisfactoria de cada persona que solicita asistencia de los siguientes programas. (Si solicita solamente Asistencia para Cuidado de Niños o Cuidado de Crianza, llene esta sección sólo para los menores que necesiten cuidado de niños o cuidado de crianza). Si alguna persona que solicita asistencia no es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano o nacional, marque (✓) los programas de los que esa persona solicita asistencia siendo no ciudadano con situación migratoria satisfactoria:

- Asistencia Pública (PA);
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP);
- Medicaid (MA), a menos que la persona que solicita asistencia esté embarazada;
- Cuidado de Niños (CC);

- Cuidado de Crianza (FC);
- Otros Servicios (S); y / o
- Asistencia de Emergencia (EMRG).

"No ciudadano con situación migratoria satisfactoria" significa que la persona no es ciudadano estadounidense pero que su situación no lo inhabilita para recibir subsidios de un programa determinado. Recuerde que los diferentes programas tienen diferentes requisitos para la situación de no ciudadano. LDSS-4148B, "Libro 2: Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales" contiene más información sobre las situaciones satisfactorias de los no ciudadanos. También puede comunicarse con su SSD para obtener más información.

Todo miembro adulto del grupo familiar o un representante autorizado pueden firmar la certificación en nombre de todos los miembros del hogar que solicitan asistencia. Por ejemplo, un padre que no tenga ciudadanía ni una situación migratoria satisfactoria puede firmar la certificación en nombre de su hijo(a) que sí tiene la ciudadanía o una situación migratoria satisfactoria. Si un miembro del

hogar que solicita asistencia tiene menos de 18 años (o si tiene 18 años o más pero no puede firmar debido a un impedimento médico o discapacidad), un miembro del hogar que tenga 18 años o más debe firmar por ellos. Al firmar en nombre de otro miembro del hogar, firme con su propio nombre. Por ejemplo, Mary Doe, al firmar por el bebé Johnny Doe, debe firmar "Mary Doe".

Al marcar una de las casillas anteriores y firmar la certificación usted certifica, bajo pena de perjurio, que usted o las personas en cuyo nombre firma, es / son ciudadano(s) de Estados Unidos, indígenas norteamericanos o nacionales de Estados Unidos, o no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria en relación con todos los programas de los que solicitan asistencia. Si no marca una de las casillas ni proporciona un número del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) de un no ciudadano que solicita asistencia, esa persona no podrá recibir asistencia.

No debe firmar el certificado por usted si usted no es ciudadano de Estados Unidos, indígena

norteamericano o nacional, o no ciudadano con situación migratoria satisfactoria; ni tampoco lo debe firmar por otra persona que esté en las mismas condiciones. Los no ciudadanos que no tengan una situación migratoria satisfactoria no son aptos para PA, subsidios de SNAP ni Medicaid (excepto Medicaid para una persona embarazada, o para tratamiento por una afección médica de emergencia). Tampoco reúnen los requisitos para ciertos Servicios.

Podremos confirmar la situación de no ciudadano de todos los miembros del grupo familiar que soliciten PA, subsidios SNAP, Medicaid o Servicios, enviando la información que nos proporcione a USCIS. La información que se reciba del USCIS puede afectar la habilitación y el nivel de subsidios de su grupo familiar.

PÁGINA 5 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 10: INFORMACIÓN SOBRE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE EJECUCIÓN DE SUSTENTO DE MENORES

No tiene que llenar esta sección si sólo está solicitando Medicaid y está embarazada; si dio a luz en los últimos 60

días; o si solicita asistencia solamente para menores de 21 años; o si sólo solicita Cuidado de Niños.

1. Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si está solicitando asistencia para una persona, (incluido usted mismo) que sea menor de 21 años que haya nacido fuera del matrimonio y para quien la filiación no ha sido establecida.

2. Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si está solicitando asistencia para una persona, (incluido usted mismo), que sea menor de 21 años, y si al menos uno de los padres de esa persona vive fuera del hogar.

Si marcó (✓) "No" a esas dos preguntas, vaya a la Sección 11. No tiene que llenar el resto de la Sección 10.

Si marcó (✓) "Sí" para una o ambas preguntas, debe llenar el resto de la Sección 10.

3. Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted es menor de 21 años.

Lea detenidamente la declaración que sigue a la pregunta 3 y comuníquese con su SSD si no la comprende.

NOMBRE DEL INDIVIDUO MENOR DE 21 AÑOS:

Escriba el primer nombre, el segundo nombre y el apellido

de cada persona para la que marcó “Sí” en la pregunta 1, 2 o 3.

ESCRIBA EL NOMBRE, DIRECCIÓN, FECHA DE NACIMIENTO Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE NO CUSTODIO O SUPUESTO PADRE: si lo sabe, escriba en letra de imprenta el primer y segundo nombre, apellido, dirección, fecha de nacimiento y número de Seguro Social del padre no custodio o del supuesto padre de cada persona para la cual usted indicó «Sí» en las Preguntas 1, 2 y 3. El «supuesto padre» es la persona que puede ser el padre del niño, pero que no estaba casado con el otro padre del niño antes de que el niño naciera y aún no ha establecido la filiación legal en un proceso judicial o mediante un reconocimiento de filiación por medio del tribunal.

PÁGINA 6 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 11: SITUACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS / DEPENDIENTES

Escriba la siguiente información para cada individuo que viva en el hogar:

PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, Y APELLIDO: Escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido de cada individuo que viva en el hogar.

SITUACION TRIBUTARIA: Marque (✓) la situación tributaria apropiada de cada individuo que viva en el hogar. Incluya en la lista a todos los dependientes tributarios que no vivan con usted y que usted o un miembro de su grupo familiar lo declare en la planilla de impuestos. Si no declara impuestos, puede omitir estas preguntas.

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO: Escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido de cada individuo que no viva con usted, pero que usted o cualquier persona que viva con usted lo declare como dependiente en la planilla de impuestos.

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE: Para cada dependiente tributario, escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del individuo que vive en el hogar y que incluye al dependiente tributario en su declaración.

SECCIÓN 12: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE AUSENTE / FALLECIDO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA

ASISTENCIA: Escriba el nombre de todas las personas que soliciten asistencia y que estén o hayan estado casadas, pero cuyo cónyuge no vive con ellas o ha fallecido.

NOMBRE DEL CÓNYUGE: Escriba el nombre del cónyuge de todas las personas que soliciten asistencia y que estén o hayan estado casadas, pero cuyo cónyuge no vive con ellas o ha fallecido.

FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE Y FECHA DE FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE, SI CORRESPONDE:

Escriba el mes, día y año de nacimiento y de muerte (si corresponde) del cónyuge de todas las personas que soliciten asistencia y que estén o hayan estado casadas pero cuyo cónyuge no vive con ellas o ha fallecido.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE:

Escriba el número de seguro social del cónyuge de todas las personas que soliciten asistencia y que estén o hayan estado casadas, pero cuyo cónyuge no vive con ellas o ha fallecido.

DIRECCIÓN DEL CÓNYUGE, SI CORRESPONDE:

Escriba la calle y número, la ciudad, el condado, el estado y el código postal del cónyuge de todas las personas casadas que soliciten asistencia y cuyo cónyuge no vive con ellas. Si no la conoce, escriba la última dirección conocida del cónyuge.

SECCIÓN 13: INFORMACIÓN DEL HIJO AUSENTE

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA

ASISTENCIA: Escriba el nombre de todas las personas que soliciten asistencia y que tengan un hijo menor de 21 años que no vive con ellas.

NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO

AUSENTE: Escriba el nombre, mes, día y año de nacimiento de todos los hijos menores de 21 años que no viven con una persona que solicita asistencia.

DIRECCIÓN DEL HIJO: Escriba el número y nombre de la calle, ciudad, condado, estado y código postal de todos los hijos vivos menores de 21 años que no vivan con la persona que solicita asistencia.

¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL? Marque (✓) «Sí» o «No» para indicar si se estableció la filiación legal para el(los) niño(s) menor(es) de 21 años que no vive(n) con

Página Original 10

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

una de las personas que está solicitando.

¿PAGA USTED SUSTENTO DE MENORES?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si alguna persona que solicita asistencia paga sustento de menores para algún hijo menor de 21 años que no viva con ella.

SECCIÓN 14: INFORMACIÓN DEL PADRE ADOLESCENTE

Sólo llene esta sección si solicita Asistencia Pública.

¿HAY ALGÚN PADRE O MADRE MENOR DE 18 AÑOS ("PADRE ADOLESCENTE") EN EL HOGAR?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si alguna persona que solicita asistencia es un padre o madre menor de 18 años.

NOMBRE: Escriba el nombre de todas las personas que soliciten asistencia y que sean padres o madres de alguien menor de 18 años.

¿EL HIJO(A) DEL PADRE ADOLESCENTE VIVE EN EL HOGAR?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si el hijo(a) de alguna persona menor de 18 años que solicite asistencia vive con usted.

NOMBRE DEL HIJO(A) DEL PADRE ADOLESCENTE: Escriba el nombre del hijo(a) de cualquier persona menor de 18 años que solicite asistencia.

PÁGINAS 7 Y 8 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 15: INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED RECIBE DINERO Y DE QUIÉN: Marque (✓) “Sí” o “NO” en las líneas 1 a 27 para indicar si usted o cualquier persona que viva con usted recibe dinero de alguno de los tipos de ingresos enumerados, y para cada respuesta “Sí” escriba los nombres de las personas que reciben el dinero.

MONTO / VALOR Y FRECUENCIA: Para cada respuesta “Sí”, escriba el valor en dólares (\$) y con qué frecuencia recibe este tipo de ingreso cada una de las personas que lo reciben. Por ejemplo, si usted recibe \$100 en concepto de seguro por desempleo cada semana, escriba “\$100 por semana” o “\$100/sem.”

SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) (TOTAL ESTATAL Y FEDERAL): Si usted o una de las personas que vive con usted recibe subsidios del Programa de Suplemento Estatal del Estado de Nueva York (SSP) además del SSI, sume estas dos cantidades y

escriba el total en la columna de MONTO / VALOR Y FRECUENCIA de Subsidios de SSI en la línea 2. Si usted o una de las personas que viva con usted recibe sólo subsidios de SSP, escriba esta cantidad en la columna de MONTO / VALOR Y FRECUENCIA de subsidios de SSI en la línea 2.

PAGOS POR CUIDADO DE CRIANZA (RECIBIDOS): Si usted o una de las personas que vive con usted recibe pagos por Cuidado de Crianza, escriba esta cantidad en la columna de MONTO / VALOR Y FRECUENCIA de Pagos por Cuidado de Crianza en la línea 17. Si usted o cualquier persona que viva con usted recibe pagos por Cuidado de Crianza por cuidar de un menor o adulto en Cuidado de Crianza y usted solicita subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), tiene dos opciones: puede elegir incluir al menor o adulto en Cuidado de Crianza y los pagos por Cuidado de Crianza en su hogar con relación al subsidio SNAP, o puede elegir no incluir al menor o adulto en Cuidado de Crianza ni los pagos por Cuidado de Crianza en su hogar con relación a los subsidios de SNAP. Pregunte a su SSD qué opción le daría más subsidios de SNAP.

PAGOS DE SUSTENTO DE MENORES (RECIBIDOS): Si usted o una de las personas que vive con usted recibe

pagos de sustento de menores, escriba el nombre de la persona que paga el sustento de menores después de "Recibidos de" en la línea 18.

OTROS INGRESOS: Describa otras cantidades de dinero que reciba usted o alguien que viva con usted, incluyendo quién recibe el dinero, cuánto recibe, y con qué frecuencia lo recibe.

Página Original 11

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

DEDUCCIONES, QUIÉN Y MONTO / VALOR Y

FRECUENCIA: Marque (✓) "SÍ" o "NO" en las líneas 1 a 15 para indicar si usted o una de las personas que vive con usted reclamará alguna de las deducciones tributarias enumeradas en su declaración de impuestos sobre la renta del año en curso. Para cada respuesta "SÍ", escriba los nombres de las personas que reclamarán las deducciones, y la cantidad o valor y la frecuencia de los gastos que se reclamarán en la declaración de impuesto sobre la renta.

OTROS AJUSTES: Describa otras deducciones tributarias que usted o las personas que viven con usted reclamarán en la declaración de impuestos del año en curso, indique quién reclamará las deducciones, la

cantidad y la frecuencia de los gastos que se reclamarán en la declaración de impuestos sobre la renta.

SECCIÓN 16: INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO / MADRASTRA / PATROCINADOR DE INMIGRANTE CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

¿EL PADRASTRO / MADRASTRA DE UNO DE LOS MENORES QUE VIVEN CON USTED TIENE RECURSOS O RECIBE ALGÚN TIPO DE INGRESO?

¿QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si alguna de las personas que solicitan asistencia, incluido usted mismo, tiene un padrastro o madrastra que no vive con usted y que tenga recursos financieros o reciba dinero de cualquier fuente. (Si el padrastro o madrastra vive con usted, sus recursos e ingresos deben incluirse en la Sección 15, Información sobre los ingresos). Si respondió "Sí", escriba el nombre del padrastro o madrastra.

¿ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR ES NO CIUDADANO CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA PATROCINADO PARA SU INGRESO A ESTADOS UNIDOS? ¿QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si usted o una de las personas que vive en su hogar es un no ciudadano con situación migratoria

satisfactoria patrocinado por alguien con el fin de ingresar a Estados Unidos. Si respondió "Sí", escriba el nombre de la persona patrocinada.

NOMBRE DEL PATROCINADOR, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO: Si respondió "Sí", escriba el nombre de la persona que lo patrocinó a usted o a un miembro de su hogar con motivo de ingresar a Estados Unidos, así como la dirección y el número de teléfono del patrocinador.

PÁGINAS 9 Y 10 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 17: INFORMACIÓN LABORAL

Llene esta sección para sí mismo y para todas las personas que viven con usted. Aun cuando cuente con un empleo podrá ser apto para recibir asistencia. Para los efectos de esta sección, "edad de trabajar" significa 18 años de edad o más, o 16 años de edad o más para las personas que no asisten a la escuela.

ACTUALMENTE ESTOY: Marque (✓) "empleado", "auto empleado" o "desempleado" para indicar si trabaja o no y si trabaja para sí mismo o para alguien más.

INGRESO BRUTO: Escriba la cantidad que le pagan antes de impuestos cada semana, catorcena o mes (no año), si corresponde. Incluya todos los sueldos, salarios, pagos por horas extras, comisiones y propinas.

HORAS TRABAJADAS AL MES: Escriba el número de horas que trabaja al mes, si corresponde.

PAGO: Marque (✓) "Semanal", "Catorcenal" o "Mensual" para indicar con qué frecuencia le pagan, si corresponde.

DÍA DE LA SEMANA QUE RECIBE EL SUELDO:

Escriba el día de la semana que recibe su pago salarial, si corresponde.

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de su empleador, si tiene uno. Escriba "yo mismo" y su dirección y número de teléfono comerciales, si es auto empleado.

Página Original 12

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

¿ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED ESTÁ ACTUALMENTE TRABAJANDO O ES AUTOEMPLEADO? ¿QUIÉN?: Marque (✓) "empleado" o

"auto empleado" para cada persona que vive con usted si él o ella trabaja y el nombre.

INGRESO BRUTO, HORAS TRABAJADAS AL MES, DÍA DE LA SEMANA QUE RECIBE EL PAGO SALARIAL, NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR para todas las personas que viven con usted y que trabajan, siguiendo las instrucciones anteriores.

¿TIENE DISPONIBLE UN SEGURO DE SALUD POR MEDIO DE SU EMPLEADOR?: Si está empleado, marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si tiene cobertura médica disponible por medio de su empleador.

¿ALGUIEN QUE VIVA CON USTED TIENE SEGURO DE SALUD POR MEDIO DE UN EMPLEADOR? ¿QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si alguien que vive con usted tiene cobertura médica por medio del empleador; si respondió "Sí", escriba los nombres.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: Escriba el nombre de su compañía de seguro de salud o de la compañía de seguro de salud de las personas que viven con usted, de haberlo.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TIENE GASTOS POR CUIDADO DE UN MENOR O

DEPENDIENTE DEBIDO A SU EMPLEO? ¿QUIÉN?:

Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted tiene gastos por cuidado de menores o de dependientes (por ejemplo, un padre anciano) debido a que trabaja, y escriba el nombre de la persona que tiene esos gastos.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TIENE OTROS GASTOS RELACIONADOS CON EL EMPLEO?

¿QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted tiene algún gasto relacionado con el trabajo, (por ejemplo, transporte, uniformes); si respondió "Sí", escriba el nombre suyo o los nombres.

SI NO TIENE EMPLEO, ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TRABAJÓ? ¿QUIÉN? ¿CUÁNDO Y DÓNDE?: Si usted o alguien en edad de trabajar que vive con usted está desempleado, escriba el nombre suyo / los nombres, las fechas en que usted trabajó / ellos trabajaron por última vez, y dónde fue el último empleo.

¿POR QUÉ DEJÓ O DEJARON DE TRABAJAR?:

Escriba los motivos por los cuales usted o alguien en edad de trabajar que vive con usted está desempleado.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED HA SOLICITADO SUBSIDIOS POR DESEMPLEO?

¿QUIÉN? ¿CUÁNDO? Y ESTADO DE LA SOLICITUD:

Si usted o alguien en edad de trabajar que vive con usted está desempleado, marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o ellos ha(n) solicitado desempleo. Si respondió "Sí", escriba el nombre suyo / los nombres y cuándo usted o ellos solicitaron desempleo y el estado de la solicitud.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED ESTÁ PARTICIPANDO EN UNA HUELGA? ¿QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted está en huelga (es decir, ha dejado de trabajar en protesta por las decisiones o prácticas de un empleador), y si respondió "Sí", escriba el nombre suyo / o los nombres.

CUANDO COMENZÓ LA HUELGA: Si usted o alguien que vive con usted está en huelga, escriba la fecha en que inició la huelga usted o ellos.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED ES MIGRANTE O TRABAJADOR AGRÍCOLA POR TEMPORADA? ¿QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o una de las personas que vive con usted viaja a diferentes granjas para trabajar, o trabaja en una

granja sólo durante la temporada de cultivo; si respondió "Sí", escriba el nombre suyo o los nombres.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED SUFRE DE ALGUNA AFECCIÓN MÉDICA QUE LIMITA SU CAPACIDAD PARA TRABAJAR O EL TIPO DE

TRABAJO QUE PUEDE REALIZAR? ¿QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien en edad de trabajar que vive con usted sufre de una afección médica que le impide trabajar a tiempo completo o realizar ciertos tipos de trabajos; si respondió "Sí", escriba el nombre suyo o los nombres.

DESCRIBA LAS LIMITACIONES: Si usted o alguien en edad de trabajar que vive con usted sufre de una afección médica que le impide trabajar a tiempo completo o realizar ciertos tipos de trabajos, explique de qué manera está(n) usted / ellos limitado(s).

Página Original 13

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

¿PODRÍA ACEPTAR UN EMPLEO HOY? ¿NO? ¿POR

QUÉ?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si aceptase un empleo hoy, de haberlo; si respondió "No", explique por qué.

¿QUÉ TIPO DE TRABAJO LE GUSTARÍA HACER?:

¿Qué tipo de trabajo le gusta hacer?

PÁGINA 11 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 18: PREPARACIÓN ACADÉMICA / CAPACITACIÓN

¿CUÁL ES SU MÁXIMO NIVEL ACADÉMICO?: Marque (✓) la descripción que mejor se ajusta al nivel educativo alcanzado.

EN ESE CASO, ¿ÚLTIMO GRADO QUE TERMINÓ?: Si no terminó la preparatoria, escriba el último grado que terminó.

¿ALGUIEN MÁS EN SU HOGAR TIENE UN DIPLOMA DE PREPARATORIA, UN DIPLOMA DE EQUIVALENCIA GENERAL (GED) O UNA PRUEBA PARA EVALUAR LA EDUCACIÓN SECUNDARIA (TASC™) O UN NIVEL MÁS ALTO DE PREPARACIÓN ACADÉMICA? ¿QUIÉN? TÍTULO OBTENIDO Y FECHA DE TERMINACIÓN: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar las personas que cuentan con un diploma de preparatoria, un diploma de Equivalencia General (GED) o una Prueba para Evaluar la Educación Secundaria (TASC™) o un

nivel más alto de preparación académica. Si respondió “Sí”, escriba el nombre de la persona, el título obtenido y la fecha en que lo recibió.

Conteste las siguientes preguntas para usted y para todas las personas que viven con usted y que estén solicitando o recibiendo asistencia:

¿HA PARTICIPADO O ESTÁ PARTICIPANDO EN UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN? ¿QUIÉN? ¿DÓNDE? PROGRAMA, FECHAS EN QUE ASISTIÓ Y FECHAS QUE TERMINÓ: Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que está solicitando o recibiendo asistencia ha participado en un programa de capacitación laboral. Si contestó “Sí”, escriba el nombre de esa persona, lugar donde se llevó a cabo la capacitación, nombre del programa o tipo de programa y las fechas de asistencia y conclusión del programa.

¿TIENE 16 AÑOS O MÁS Y ASISTE A LA ESCUELA O A LA UNIVERSIDAD? ¿QUIÉN? ¿DÓNDE?: Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que solicita o recibe asistencia tiene 16 años de edad o más y asiste a la escuela o a la universidad; si contestó “Sí”, escriba el nombre de esa persona y la escuela o universidad.

¿ES MENOR DE 16 AÑOS Y ASISTE A LA ESCUELA?

¿QUIÉN? ¿ESCUELA?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que solicita o recibe asistencia es menor de 16 años de edad; si contestó "Sí", escriba el/los nombre(s) de esa(s) persona(s) y las escuelas.

PÁGINA 12 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 19: INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

No tiene que llenar esta sección si solamente solicita Servicios, distintos a Cuidado de Crianza o Cuidado de Niños.

Si solamente solicita subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, no tiene que indicar si tiene seguro de vida.

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

(líneas 1 a 23) marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que solicita asistencia tiene alguno de los recursos financieros enumerados.

¿QUIÉN?: Para cada respuesta “Sí”, escriba los nombres de las personas que cuentan con los recursos.

Página Original 14

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

SI RESPONDIÓ SÍ, MONTO / VALOR: Para cada respuesta “Sí”, escriba el valor en dólares (\$) del recurso. Asegúrese de incluir todos los bienes conjuntos (es decir, recursos que pertenecen a dos personas o más, por ejemplo, cuentas bancarias conjuntas). Todas las personas que soliciten Asistencia Pública o Medicaid deben incluir los recursos de todos los familiares que sean legalmente responsables. Estas son personas que están obligadas por la ley a sostenerlo financieramente a usted o a cualquier persona que solicita asistencia, como un cónyuge, o si tiene menos de 21 años de edad, los padres o padrastros que viven con usted o con cualquier persona que solicita asistencia.

POSEE EL TÍTULO DE PROPIEDAD O MATRÍCULA DE VEHÍCULO(S) AUTOMOTOR(ES) O DE OTRO(S)

VEHÍCULO(S), AÑO, MARCA / MODELO: Si su nombre o el nombre de alguna persona que vive con usted y que solicita asistencia aparece en el título de propiedad de un automóvil u otro tipo de vehículo, escriba el año, la marca

y el modelo de todos los vehículos en la línea 6. Escriba sus recursos, como casas rodantes, moto nieves y botes, después de "Otro" en la línea 6.

TIENE OTROS RECURSO ADEMÁS DE LOS YA

MENCIONADOS: Es muy importante que informe de inmediato a su SSD si tiene o espera recibir dinero en un pago único. Un pago único es un pago que recibe una sola vez, como una indemnización de seguro, herencia o pago por una demanda o lotería. Consulte LDSS- 4148A, "Libro 1: Lo que debe saber sobre sus derechos y deberes" si desea más información sobre los pagos únicos.

¿ALGUIEN HA CREADO UN FIDEICOMISO EN EL PASADO O TRANSFERIDO ACTIVOS A UNA CUENTA EN FIDEICOMISO DURANTE LOS ÚLTIMOS 60

MESES?: Si usted o su cónyuge transfieren o donan activos en los 36 meses (60 meses en el caso de transferencias a un fideicomiso) anteriores al primer día del mes en el que reciba servicios de un centro de enfermería y usted ha presentado una solicitud de Medicaid, no podrá ser apto para recibir servicios de un centro de enfermería ni servicios de exención en el hogar o en la comunidad como parte del Programa Médico.

Si usted o una de las personas que solicita asistencia, o su cónyuge o el cónyuge de cualquier persona que solicita asistencia (incluso si el cónyuge no solicita asistencia ni vive en el hogar) ha creado un fideicomiso o depositado dinero en un fideicomiso en los últimos cinco años, escriba en la línea 23 cuándo se creó el fideicomiso o cuándo se depositó el dinero.

PÁGINAS 13 A 15 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 20: INFORMACIÓN MÉDICA

INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA Y SI RESPONDIÓ “SÍ”, ¿QUIÉN?: Marque (✓) “SÍ” o “NO” para indicar si alguna de las situaciones enumeradas aplicable a usted o a alguien que vive con usted y que solicita asistencia; si respondió “SÍ”, escriba el nombre de la persona a la que se aplica cada situación. Asegúrese de incluir todos los seguros de salud y seguros hospitalarios / contra accidentes que tenga o que estén disponibles para cualquier persona que solicita asistencia.

CUENTAS MÉDICAS PAGAS O IMPAGAS DE LOS 3 MESES PREVIOS AL MES DE ESTA SOLICITUD:

Medicaid podría pagar las cuentas médicas por los cuidados que recibió durante los tres meses previos al mes en que solicitó ayuda. Si ya ha pagado la cuenta, podríamos pagarle la cuenta si determinamos que usted hubiera sido apto para Medicaid en ese momento. Podríamos pagarle incluso si el médico u otro proveedor no acepta Medicaid, pero sólo podemos pagarle la cantidad que Medicaid hubiera pagado, y sólo si la cuenta fue por servicios que Medicaid hubiera cubierto.

¿ESTÁ EMBARAZADA?: Si usted o una de las personas que viven con usted y que también solicita asistencia está embarazada, escriba la fecha esperada de parto y el número esperado de nacimientos en la línea 14.

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD: Llene esta sección para todas las personas que solicitan Medicaid. La mayoría de las personas inscritas en Medicaid están obligadas a afiliarse a un plan de cuidados administrados, a menos que estén en una categoría exenta. Utilice esta sección para elegir un plan de salud. Si no sabe los planes de salud disponibles, pregúntele a su trabajador

social o llame a la línea de ayuda sobre selección de cuidados administrados de Medicaid al 1-800-505-5678.

NOMBRE DEL PLAN AL QUE SE ESTÁ AFILIANDO:

Escriba los nombres de los planes de salud en los que desean afiliarse las personas que solicitan Medicaid. Si no sabe qué planes de salud tiene disponibles, pregúntele al SSD.

APELLIDO Y PRIMER NOMBRE: Escriba el apellido y el primer nombre de todas las personas que solicitan Medicaid.

FECHA DE NACIMIENTO: Escriba el mes en dos dígitos, el día en dos dígitos, y el año en dos dígitos de la fecha de nacimiento de cada persona que solicita Medicaid.

SEXO: Escriba "M" para masculino y "F" para femenino para indicar el sexo de cada persona

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (DE LA TARJETA DE MEDICAID SI LA TIENE): Si algunas de las personas que solicitan Medicaid tiene una tarjeta de Medicaid, escriba el número de identificación de la tarjeta aquí.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Escriba el número de seguro social de cada persona que solicita Medicaid. Esto es opcional si la persona está embarazada.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA O CENTRO DE SALUD (MARQUE LA CASILLA SI ES EL PROVEEDOR ACTUAL): Escriba el nombre del proveedor de atención primaria (es decir, el médico general o médico familiar) o del centro de salud al que desea consultar la persona que solicita Medicaid. Si este es el proveedor o centro que la persona ya utiliza, marque (✓) la casilla. Debe asegurarse de que el proveedor o centro acepta Medicaid antes de recibir atención médica.

NOMBRE Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL OBSTETRA Y GINECÓLOGO (MARQUE LA CASILLA SI ES EL PROVEEDOR ACTUAL): Si alguna de las personas que solicitan Medicaid necesita atención y servicios de un obstetra y ginecólogo (OB/GYN), escriba el nombre del OB/GYN que la solicitante desea utilizar. Si la solicitante ya consulta a este OB/GYN, marque (✓) la casilla. Debe asegurarse de que el proveedor o centro acepta Medicaid antes de recibir atención médica.

Debe asegurarse de que el médico o proveedor de servicios médicos que consulta acepta Medicaid antes de recibir atención médica.

SECCIÓN 21: INFORMACIÓN SOBRE ALOJAMIENTO

No tiene que llenar esta sección si solamente solicita Servicios, distintos a Cuidado de Crianza o Cuidado de Niños.

¿NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU ARRENDADOR?: Si tiene un arrendador, escriba el nombre, dirección y número de teléfono de su arrendador.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TIENE GASTOS DE ALQUILER, HIPOTECA? ¿U OTROS GASTOS DE ALOJAMIENTO?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted paga alquiler, hipoteca, o demás gastos de alojamiento (por ejemplo, habitación y comida); si respondió "Sí", escriba la cantidad que usted / ellos paga(n) por mes. Si tiene un pago de hipoteca, incluya el monto de los impuestos de propiedad y seguro de riesgos inmobiliario (incluido el seguro contra incendios).

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED PAGA CALEFACCIÓN ADICIONAL A SU ALQUILER O DEMÁS GASTOS DE ALOJAMIENTO?: Marque (✓) “Sí” o “No” para indicar si usted o alguien que vive con usted paga la calefacción de manera adicional al alquiler, hipoteca, o demás gastos relacionados con su alojamiento; si respondió “Sí”, escriba la cantidad que usted / ellos paga(n) por mes.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED PAGA LOS SIGUIENTES GASTOS ADICIONALES AL ALQUILER O DEMÁS GASTOS DE ALOJAMIENTO?:

Líneas 1 a 8, marque (✓) “Sí” o “NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted paga alguno de los gastos enumerados de manera adicional al alquiler, hipoteca, o demás gastos relacionados con el

Página Original 16

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

alojamiento; si respondió “Sí”, escriba la cantidad que usted / ellos paga(n) por mes. Preguntas en las líneas 9 a 11, marque (✓) “Sí” o “NO” para indicar si usted o alguien que vive con usted y que solicita asistencia vive en alguno de estos tipos de alojamiento.

SECCIÓN 22: OTROS GASTOS

INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA Y RESPONDIÓ SÍ, MONTO: Marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que solicita asistencia hace alguno de los pagos enumerados, o si tiene algunos gastos no enumerados, en las líneas 1 a 6. Identifique en la línea 6 todos los gastos no enumerados. Por cada respuesta "SÍ", escriba el monto del pago o gasto y con qué frecuencia se hace (por ejemplo, \$100 por semana o \$100/sem).

USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA DEBEN AL MENOS CUATRO MESES DE SUSTENTO DE MENORES PARA UN HIJO MENOR DE 21 AÑOS: Marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que solicita asistencia debe cuatro meses o más de sustento de menores.

PÁGINA 16 DE LA SOLICITUD

SECCIÓN 23: INFORMACIÓN ADICIONAL

¿COMPRA O PLANEA COMPRAR ALIMENTOS DE UN SERVICIO DE ENTREGA A DOMICILIO O DE COMIDAS COMUNITARIAS?: Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si usted o alguna de las personas que solicita asistencia compra o planea comprar comidas de un servicio de entrega a domicilio (por ejemplo, Meals on Wheels) o de servicio de comidas comunitarias (por ejemplo, de una cafetería en el edificio donde vive).

¿PUEDE COCINAR O PREPARAR COMIDAS EN CASA?: Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si tiene un lugar en su hogar en el que pueda cocinar.

Para las preguntas de las líneas 10 a 12, "Fuerzas Armadas de Estados Unidos" significa:

- Ejército de Estados Unidos
- Armada de Estados Unidos
- Guardacostas de Estados Unidos
- Cuerpo de Infantería de Marina de Estados Unidos

- Fuerza Aérea de Estados Unidos
- Marina Mercante de Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial

¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR HA PERTENECIDO ALGUNA VEZ A LAS FUERZAS ARMADAS DE ESTADOS UNIDOS? ¿QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted alguna vez ha formado parte de alguno de los servicios militares enumerados arriba; si respondió "Sí", escriba los nombres.

¿HA PERTENECIDO SU CÓNYUGE ALGUNA VEZ A LAS FUERZAS ARMADAS DE ESTADOS UNIDOS? Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si usted o su cónyuge alguna vez han formado parte de alguno de los servicios militares enumerados anteriormente, y si contestó «Sí», escriba los nombres.

¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR ES DEPENDIENTE DE ALGUIEN QUE SIRVE O HA SERVIDO EN LAS FUERZAS ARMADAS DE ESTADOS UNIDOS?

¿QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted depende financieramente de alguien que está o ha estado en alguno de los servicios

militares enumerados anteriormente; si respondió "Sí", escriba el nombre del dependiente.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED RECIBE EN ESTE MOMENTO ASISTENCIA O SERVICIOS? SI RESPONDIÓ "SÍ" ¿QUIÉN? ¿TIPO DE ASISTENCIA?:

Marque (✓) "Sí" o

Página Original 17

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

"NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted recibe en este momento Asistencia Pública, Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, antes conocido como "cupones para alimentos"), Cuidado de Niños, o Servicios. Si respondió "Sí", escriba el nombre de esa persona y el tipo de asistencia que recibe.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED RECIBIÓ ASISTENCIA O SERVICIOS EN EL PASADO?; SI RESPONDIÓ SÍ, ¿QUIÉN? ¿TIPO DE ASISTENCIA?:

Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted ha recibido en el pasado Asistencia Pública, Medicaid, subsidios de SNAP, Cuidado de Niños, o Servicios. Si respondió "Sí", escriba el nombre de esa persona y el tipo de asistencia recibida.

INFORMACIÓN ADICIONAL (CONT.): Marque (✓) “Sí” o “NO” para indicar si alguna de las situaciones descritas en las siguientes nueve preguntas aplica a usted o a alguien que vive con usted; si respondió “Sí”, escriba el nombre de la persona a la que se aplica cada situación. Si no comprende las preguntas, pida al SSD que se las explique. Recuerde que las leyes del Estado de Nueva York estipulan multa, cárcel, o ambas sanciones para toda persona que sea declarada culpable de obtener Asistencia Pública, Medicaid, subsidios de SNAP, Cuidado de Niños, o Servicios ocultando hechos o no diciendo la verdad.

ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDADES:

Marque (✓) la casilla "He" o "No he" para indicar si usted o alguien que solicita asistencia ha vendido, traspasado o cedido alguna propiedad para adquirir subsidios de Asistencia Pública o de SNAP. Recuerde que las leyes del Estado de Nueva York estipulan multa, cárcel, o ambas sanciones para toda persona que sea declarada culpable de obtener Asistencia Pública, Medicaid, subsidios de SNAP, Cuidado de Niños, o Servicios ocultando hechos o no diciendo la verdad.

PÁGINAS 18 A 24 DE LA SOLICITUD

NOTIFICACIONES, CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

Lea detenidamente TODA la información de esta sección o pídale a alguien que se la lea. Esta sección contiene información importante acerca de sus derechos y responsabilidades relacionadas con la recepción de asistencia, así como las sanciones que se imponen (por ejemplo, multa o cárcel) si no cumple con las responsabilidades que se estipulan en esta sección. Al firmar y enviar una solicitud, usted indica que comprende y acepta los enunciados en esta sección.

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL

SUPLEMENTARIA: Si quiere que alguien solicite subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por usted o quiere que alguien que no vive con usted reciba los subsidios de SNAP por usted o los utilice para comprar alimentos para usted, escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona en letra de molde en el espacio suministrado.

Esta persona es su "Representante Autorizado". El Representante Autorizado debe firmar y poner la fecha en la sección de firmas al final de la solicitud. Si su hogar no reside en una institución, un adulto responsable que sea miembro de su grupo familiar también debe firmar y poner la fecha en la solicitud, a menos que su hogar haya designado por escrito al Representante Autorizado para que lo haga.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Marque (✓) "No divulgar información sobre VIH / SIDA", "No divulgar información sobre salud mental" o "No divulgar información sobre drogas y alcohol" si no está de acuerdo con que dicha información médica referente a usted o a los miembros de su familia que solicitan asistencia sea divulgada en los términos permitidos por la ley.

SECCIÓN DE FIRMAS: Lea detenidamente esta sección o pídale a alguien que se la lea. Las leyes del Estado de Nueva York estipulan multa, cárcel, o ambas sanciones para toda persona que sea declarada culpable de retener hechos o de no decir la verdad con el objeto de obtener Asistencia Pública, Medicaid, subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Cuidado de Niños, o Servicios. **Al firmar y enviar la solicitud, usted indica que comprende y acepta los enunciados de esta**

sección, y que toda la información que ha proporcionado en

Página Original 18

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

esta solicitud o que proporcionará al SSD en el futuro es información completa y exacta hasta donde usted sabe.

FIRMA DEL SOLICITANTE Y FECHA DE LA FIRMA:

Firme y escriba la fecha en que firmó la solicitud, a menos que haya designado a un Representante Autorizado para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) en la solicitud y usted viva en una institución, en cuyo caso el Representante Autorizado puede firmar y escribir la fecha en la solicitud. Si no reside en una institución, tanto usted como el Representante Autorizado deben firmar y poner la fecha en la solicitud, a menos que usted haya designado previamente por escrito al Representante Autorizado para SNAP para que lo haga. Si ha presentado la solicitud por alguien más, firme con el nombre de usted, no con el nombre de la persona por la cual presenta la solicitud, y escriba la fecha que la firmó.

FIRMA DEL CÓNYUGE O REPRESENTANTE

PROTECTOR Y FECHA DE FIRMA: Si está casado(a) y

solicita Asistencia Pública, Medicaid, Cuidado de Niños, o Servicios, su cónyuge debe firmar y escribir la fecha en la solicitud. Si está casado(a) y solicita solamente subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, sólo uno de los cónyuges debe firmar y escribir la fecha en la solicitud. Si tiene un Representante Protector, esa persona debe firmar y escribir la fecha en la solicitud.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO: Si ha designado un Representante Autorizado para SNAP en la solicitud, esa persona debe firmar y escribir la fecha en la solicitud.

CONSIENTO RETIRAR MI SOLICITUD DE: No marque ninguna de las casillas, ni firme y escriba la fecha en esta sección si quiere someter la solicitud. Marque esta sección solamente si quiere retirar su solicitud para uno o más programas. Si desea retirar su solicitud para un programa, marque (✓) la casilla al lado de ese programa; firme y escriba la fecha donde se indica. Se retirará su solicitud sólo para los programas que marcó.

FORMULARIO DE REGISTRO DE VOTANTES: Las últimas dos páginas de esta solicitud son un formulario de registro de votantes. Utilizar el formulario para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la decisión que se tome respecto a su solicitud de subsidios o

servicios, ni el monto de la asistencia que pueda recibir. Si desea ayuda para llenar el formulario de registro de votantes, consulte con su SSD.

Página Original 19

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

Sólo para propósitos informativos

DOCUMENTOS REQUERIDOS

La siguiente lista de factores de habilitación y documentos requeridos es sólo para propósitos informativos. Su SSD le informará cuáles de los factores de habilitación tiene que comprobar. Podría pedírsele que compruebe otros factores no mencionados. Quizá pueda proporcionar documentos no mencionados aquí para comprobar los requisitos de habilitación. Si tiene preguntas sobre los documentos requeridos, comuníquese con su SSD.

Factor de habilitación

Identidad

Debe comprobar quién es.

Para comprobar este factor, entregue:

✓↓ UNO de los siguientes

Identificación con fotografía

Licencia de conducir

Pasaporte de Estados Unidos

Certificado de naturalización

Registros hospitalarios / médicos

Documentos de adopción

○ ✓↓ DOS de los siguientes

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **sólo** un formulario por cada factor de habilitación verificado).

Carta de otra persona

Número de Seguro Social validado

Acta de nacimiento / Fe de bautismo

Factor de habilitación

Estado civil

Debe comprobar si es casado(a), divorciado(a), separado(a) o viudo (a).

Para comprobar este factor, entregue:

✓↓ UNO de los siguientes

Actas de matrimonio / defunción

Acuerdo de separación

Decreto de divorcio

Registros del Seguro Social

Registros de la VA

○ ✓↓ DOS de los siguientes

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **sólo** un formulario por cada factor de habilitación verificado).

Carta de un clérigo

Registros del censo

Publicación en el periódico

Carta de otra persona

Factor de habilitación

Residencia

Debe comprobar dónde vive.

Para comprobar este factor, entregue:

✓↓ UNO de los siguientes

Carta del arrendador
Recibo/contrato vigente dealquiler
Registros hipotecarios

O ✓▼ DOS de los siguientes

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **sólo** un formulario por cada factor de habilitación verificado).

Carta de otra persona
Correo reciente
Registros escolares

Factor de habilitación

Composición / tamaño del grupo familiar

Debe comprobar quién vive con usted

Para comprobar este factor, entregue:

✓▼ UNO de los siguientes

Carta del arrendador, no miembro de familia
Registros escolares

O ✓▼ DOS de los siguientes

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **sólo** un formulario por cada factor de habilitación verificado).

Cartas de otras personas

Factor de habilitación

Edad

Debe comprobar la edad de cada persona que solicita asistencia, cuando corresponda.

Para comprobar este factor, entregue:

✓▼ UNO de los siguientes

Acta de nacimiento

Fe de bautismo

Registros hospitalarios

Registros de adopción

Certificado de naturalización

Licencia de conducir

○ ✓▼ DOS de los siguientes

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **sólo** un formulario por cada factor de habilitación verificado).

Póliza de seguro
Registros del censo
Registros escolares
Carta de otra persona
Carta del médico
Correspondencia oficial de la SSA

Factor de habilitación

Padre ausente

Si el padre de cualquier menor en su hogar no vive con usted, debe comprobarlo.

Para comprobar este factor, entregue:

✓↓ UNO de los siguientes

Acta de defunción
Pensión de supérstite
Registros hospitalarios
Registros militares o de la VA
Documentos de divorcio
Comprobante de nuevo matrimonio

○ ✓↓ DOS de los siguientes

(Si solicita subsidios de SNAP o Medicaid **solamente**, necesita traer **sólo** un formulario por cada factor de habilitación verificado).

Publicación en el periódico

Registros de la compañía de seguros

Registros institucionales

Registros de caso de la agencia y pagos funerarios

Carta de otra persona

Factor de habilitación

Información del padre ausente

Debe proporcionar toda la información que tenga: nombre, dirección, número de seguro social, fecha de nacimiento, empleo.

Para comprobar este factor, entregue:

✓↓ UNO de los siguientes

Recibos de pagos

Declaración de Impuestos

Registros del Seguro Social o de VA

Cartas de determinación monetaria

Tarjetas de identificación (seguro de salud)

Licencia de conducir o matrícula

Factor de habilitación

Número de Seguro Social (solamente con relación a Asistencia Pública, Subsidios SNAP y Medicaid no tiene que proporcionar comprobantes de su número de seguro social (SSN) a menos que el SSN que usted proporcione no coincida con los registros de la SSA o no pueda ser verificado por la agencia).

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Tarjeta de Seguro Social

Correspondencia oficial de SSA

No se requiere un Número de Seguro Social para no ciudadanos que soliciten Medicaid sólo para tratamiento de emergencia o que estén embarazadas y sólo soliciten Medicaid.

Factor de habilitación

Situación de ciudadanía o no ciudadanía - Los ciudadanos de Estados Unidos son aptos para Asistencia Pública, SNAP y Medicaid. Los no ciudadanos deben tener una situación migratoria satisfactoria para poder ser aptos para recibir Asistencia Pública, SNAP o Medicaid. La situación de

inmigración no es factor de habilitación para mujeres embarazadas o niños inmigrantes que solicitan Child Health Plus B. Los inmigrantes indocumentados e inmigrantes no temporales son aptos sólo para tratamiento de emergencia de una afección médica.

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Acta de nacimiento

Fe de bautismo

Registros hospitalarios

Pasaporte de Estados Unidos

Registros de servicio militar

Certificado de naturalización

Documentación de USCIS

Evidencia de residencia continua en Estados Unidos desde antes de 1/1/72.

Factor de habilitación

Ingresos obtenidos

Del empleador

De autoempleo

Ingresos por alquiler o por pensión (habitación / comidas)

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Recibos de salario recientes

Sobres de pago

En papel membretado, salario por hora; horas trabajadas por semana; fecha del primer pago, si es nuevo y número de teléfono del empleador. Contacto con el empleador

Registros empresariales

Registros tributarios

Registros y material relacionado con ingresos y gastos por autoempleo

Declaración de impuestos vigente

Cheque de contribución reciente

Carta del compañero de casa, huésped, inquilino

Declaración de impuestos sobre la renta

Factor de habilitación

Ingresos no devengados

Sustento de Menores

Subsidio de Seguro por Desempleo (UIB)

Prestaciones del Seguro Social (Incluido el SSI)

Subsidios para Veteranos

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

- Carta del tribunal de lo familiar
- Carta de la persona que paga manutención
- Talones de cheques
- Certificado de adjudicación vigente
- Cheque reciente de subsidios
- Correspondencia oficial con
Departamento de Trabajo de NY
- Certificado de adjudicación vigente
- Cheque reciente de subsidios
- Correspondencia oficial de SSA
- Certificado de adjudicación vigente
- Cheque reciente de subsidios
- Correspondencia oficial de VA

Página Original 20

PUB-1301 LP Statewide SP (Rev. 7/20)

Factor de habilitación

- Ingresos no devengados (cont.)**
- Compensación Laboral
- Subsidios y préstamos educativos

Intereses / dividendos / regalías

Pensión / anualidad privada

Otro _____

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Carta de adjudicación

Talón de cheque

Carta de la escuela

Carta del banco

Carta de adjudicación

Estado de cuenta del banco o cooperativa de crédito

Carta del corredor o agente

Carta de adjudicación vigente

Cheque reciente de subsidios

Correspondencia oficial de la fuente de ingresos

Factor de habilitación

Recursos

Cuentas bancarias: corriente, de ahorros, de retiro (IRA y Keogh)

Acciones, bonos, certificados

- Seguro de vida
- Fideicomiso o terreno funerario o contrato funerario
- Reembolso del impuesto o crédito por ingreso del trabajo (EITC)
- Bienes raíces distintos a una residencia
- Vehículo automotor
- Pago de suma única

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

- Carta del hogar
- Carta del centro de enfermería (nursing home)
- Registros vigentes del banco
- Registros vigentes de cooperativa de crédito
- Certificados accionarios
- Bonos
- Carta de la institución financiera
- Póliza de seguro
- Carta de la compañía de seguros
- Registros bancarios
- Contrato funerario

Título del terreno funerario
Carta del director funerario
Rembolso de impuestos tributarios
Carta de la oficina de impuestos
Título de propiedad
Carta del agente de bienes raíces
Valuación/estimación de valor presente de un corredor
Registro (modelos más antiguos)
Título de propiedad
Valuación de valor presente de la agencia automotriz
Datos del crédito
Carta de la fuente de los pagos

Factor de habilitación

Otro _____

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Factor de habilitación

Gastos de alojamiento

Debe comprobar cuánto le cuesta vivir en su alojamiento (Quizá necesite entregar documentos

separados para **cada** gasto por alojamiento).
Medicaid **no requiere documentación de gastos por alojamiento.**

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Recibo vigente de alquiler
Contrato vigente
Contrato / registros hipotecarios
Registros de impuestos a la propiedad e impuestos escolares
Carta del arrendador
Facturas de agua y drenaje
Registros de seguro del propietario
Facturas de combustible
Facturas de servicios básicos (no calefacción)
Facturas de teléfono

Factor de habilitación

Facturas médicas

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Copias de facturas médicas (pagas e impagas)

Factor de habilitación

Seguro de Salud

Si usted o alguien que solicita asistencia tiene cobertura de seguro de salud (incluso si lo paga alguien más) debe comprobarlo.

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Póliza de seguro

Tarjeta del seguro

Carta del proveedor de cobertura

Tarjeta de **Medicare**

Factor de habilitación

Discapacitado / Incapacitado Embarazada

Si usted o alguien que viva con usted está enfermo o embarazada, debe comprobarlo.

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Carta de un profesional médico confirmando el embarazo y la fecha esperada de parto

Carta de un profesional médico

Comprobante de prestaciones de la SSA o SSI por discapacidad o ceguera

Factor de habilitación

Facturas sin pagar

Alquiler, servicios básicos

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Copia de cada factura que muestre el monto adeudado, el período de servicio y el proveedor

Factor de habilitación

Derivación

Programa de tratamiento por drogas / alcohol

Servicios de empleo

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Carta del proveedor de tratamiento

Carta del servicio de empleo

Factor de habilitación

Otros gastos/Costo por cuidado de dependientes

Debe entregar comprobantes si **paga** manutención

ordenada por un tribunal, guardería, préstamos recurrentes, o por servicios de un asistente o ayudante en el hogar.

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Orden del Tribunal

Carta de la guardería o de otro proveedor de cuidados

Carta del asistente o ayudante

Cheques cancelados o recibos

Factor de habilitación

Asistencia escolar

Debe comprobar quién asiste a la escuela

Para comprobar este factor, entregue uno de los siguientes:

Registros escolares (boleta de calificaciones más reciente)

Carta de la escuela o institución de educación superior

Otro: _____