



NEW YORK STATE TM

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN DEL ESTADO DE NEW YORK PARA:

- **ASISTENCIA PÚBLICA**
- **PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL
SUPLEMENTARIA**
- **MEDICAID Y PROGRAMA DE ASISTENCIA
NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA**
- **MEDICAID Y ASISTENCIA PÚBLICA**

Si es ciego o sufre de impedimentos graves de la vista y necesita un formulario de solicitud/revalidación o este instructivo en un formato alternativo, puede solicitarlos a su distrito de servicios sociales (por sus siglas en inglés, "SSD"). Los siguientes formatos alternativos están disponibles:

- Tipografía grande;
- Formato digital (un archivo electrónico accesible a través de un lector con pantalla);
- Formato de audio (una transcripción en audio del instructivo o de las preguntas de la solicitud/revalidación); y
- Braille, si cree que ninguno de los formatos alternativos anteriores será igualmente efectivo para usted.

Los formularios de solicitud/revalidación 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 los formularios de solicitud/revalidación están disponibles en

formato de audio y Braille sólo para efectos informativos. Para revalidar, debe presentar un formulario de revalidación en un formato escrito y no alternativo.

Si tiene alguna discapacidad que le impida llenar este formulario de revalidación y/o esperar para ser entrevistado, por favor notifíquesele a su SSD. El SSD hará todo lo posible para ofrecerle facilidades razonables para satisfacer sus necesidades.

Si requiere otro tipo de facilidades o necesita otro tipo de ayuda para llenar este formulario de revalidación, comuníquese con su SSD. Estamos comprometidos a ayudarle y apoyarlo de manera profesional y respetuosa.

Página Original 2

PUB-1313 SP LP Statewide SP (Rev. 7/20)

CONSEJOS PARA LLENAR EL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

Siempre que vea "Asistencia Pública" o "PA" en el formulario de revalidación, se refiere a "Asistencia Familiar" y/o a "Asistencia de la Red de Seguridad". Llamamos a estos dos programas "Asistencia Pública". La PA y los otros programas para los que puede revalidar

utilizando este formulario de revalidación 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 distrito de servicios sociales (por sus siglas en inglés, "SSD") está disponible para ayudarle a alcanzar la autosuficiencia. Para hacerlo, necesitamos saber quién es y qué necesita. Es por eso que debe llenar un formulario de revalidación.

Como parte del proceso de revalidación, el SSD le pedirá que proporcione y compruebe información referente a usted y a los otros individuos para los que usted está revalidando. 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 esta 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 papeles de adopción. Además, el SSD podría entrevistarle como parte de proceso de revalidación. El SSD puede combinar las entrevistas para los distintos programas siempre que sea posible.

El formulario de revalidación y este instructivo tienen secciones numeradas para ayudarle. Por favor recuerde lo siguiente al llenar el formulario de revalidación:

- **ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE.**
- **NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS.**
- **ASEGÚRESE DE LLENAR TODAS LAS SECCIONES RELEVANTES A LA(S) PERSONA(S) QUE REVALIDA(N).**
- **SIEMPRE USE LOS NOMBRES LEGALES, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO.**
- **SI ESTÁ REVALIDANDO COMO REPRESENTANTE DE ALGUIEN MÁS, PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE ESTA PERSONA, NO SOBRE USTED. ASEGÚRESE DE QUE TANTO USTED COMO LA PERSONA QUE REPRESENTA FIRMAN LA ÚLTIMA PÁGINA DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN.**
- **SI NO ESTÁ SEGURO DE CÓMO LLENAR ALGUNA PARTE DE ESTE FORMULARIO DE REVALIDACIÓN, PIDA AYUDA A SU SSD.**

Además de LDSS-3174: "Formulario de Revalidación para Ciertos Beneficios y Servicios del Estado de Nueva York", asegúrese de contar con copias de los siguientes folletos informativos, disponibles con el SSD o en www.otda.ny.gov:

- **LDSS-4148A: "Libro 1: Los 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"**

PORTADA DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

Si es ciego o sufre de impedimentos graves de la vista, puede elegir recibir las notificaciones relacionadas con los programas para los que revalida en un formato alternativo. Los formatos alternativos disponibles son tipografía grande, CD de datos, CD de audio o Braille, si cree que ninguno de los otros formatos alternativos será igualmente efectivo para usted.

SI ES CIEGO O SUFRE DE IMPEDIMENTOS GRAVES DE LA VISTA, ¿DESEA RECIBIR LAS NOTIFICACIONES POR ESCRITO EN UN FORMATO ALTERNATIVO?

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 para los que revalida en un formato alternativo.

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MARQUE EL TIPO DE FORMATO QUE DESEA:

Si es ciego o sufre de impedimentos graves de la vista, y desea recibir las

notificaciones escritas relacionadas con los programas para los que revalida 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 alternativos será tan efectivo para usted como el Braille.

Si requiere otro tipo de facilidades o necesita otro tipo de ayuda para llenar este formulario de revalidación, comuníquese con su SSD.

PÁGINA 1 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 1: MARQUE TODOS LOS PROGRAMAS PARA LOS QUE USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR ESTÁ REVALIDANDO

Marque (✓) la casilla de cada programa para el que usted o cualquier miembro de su hogar desee revalidar.

Medicaid incluye el Programa Medicaid, el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Discapacidades, y los programas de Beneficios de

Planificación Familiar. Cuando vea "MA" en el formulario de revalidación, significa "Medicaid", que antes se conocía como "Asistencia Médica". Puede revalidar para MA utilizando este el formulario de revalidación solamente si también está revalidando para Asistencia Pública (PA) o para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) al mismo tiempo. Si desea revalidar para Medicaid y SNAP, marque (✓) la casilla de "Medicaid (MA) y SNAP". Si desea revalidar para Medicaid y PA, marque (✓) la casilla de "Medicaid (MA) y PA".

Si sólo desea revalidar para MA, puede hacerlo en línea en <https://nystateofhealth.ny.gov/> y/o llamar al 1-855-355-5777 para obtener más información o para revalidar. También 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 revalidar para el Programa de Ahorros de Medicare (por sus siglas en inglés, "MSP"), 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.

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 para los que revalida. Marque (✓) la casilla "Sólo inglés" o la casilla "Inglés y español" para indicar los idiomas en los que desea recibir estas notificaciones.

Página Original 4

PUB-1313 SP LP Statewide SP (Rev. 7/20)

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

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

ESTADO CIVIL: Escriba si está soltero(a), casado(a), viudo(a), legalmente separado(a) o divorciado(a). Si alguna vez ha estado casado 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 su código de área.

DIRECCIÓN RESIDENCIAL:

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

No. Dept.: Escriba el número de su departamento, si lo hay.

Ciudad: Escriba el nombre de la ciudad en la que vive.

Condado: Escriba el nombre del condado en el que vive.

Estado: Escriba el nombre del estado en el que vive.

Código postal: Escriba el código postal de su dirección.

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

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

OTRO TELÉFONO EN DONDE SE PUEDA LOCALIZAR: Escriba otro número de teléfono en donde pueda ser localizado y, si es necesario, el nombre de la persona a la que pertenece el número. Incluya el código de área.

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN ACTUAL: Escriba las indicaciones para encontrar su hogar. Use puntos de referencia conocidos.

DIRECCIÓN ANTERIOR: Escriba la dirección en la que vivió antes de mudarse a su dirección actual.

SI ACTUALMENTE NO TIENE HOGAR, MARQUE AQUÍ: Si no tiene un lugar en dónde vivir o no tiene dirección, marque (✓) esta casilla.

AGENCIA QUE AYUDA AL SOLICITANTE/PERSONA DE CONTACTO: Si alguien le está ayudando a revalidar, escriba el nombre de esa persona, su agencia, y el número de teléfono de la persona.

¿NECESITA QUE LA PARTE REFERENTE A MEDICAID DE ESTE FORMULARIO DE REVALIDACIÓN Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES?:

Marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar en el formulario de revalidación y/o informe a su trabajador social si necesita que su revalidación y/o su correspondencia relacionada con la recepción de cualquier cobertura de Medicaid se mantengan confidenciales.

INDIQUE LAS COSAS QUE HAN CAMBIADO DESDE SU SOLICITUD O ÚLTIMA REVALIDACIÓN: Escriba todos los cambios que hayan ocurrido desde su última solicitud o revalidación, como un cambio de dirección, un nuevo bebé, un cambio en sus ingresos, la pérdida de un empleo, etc.

SECCIÓN 4: SI SOLICITA DE NUEVO BENEFICIOS DE SNAP

Lea la declaración en la Sección 4 de la revalidación, y firme y escriba la fecha debajo de la declaración si esta es aplicable a usted o a alguien para quien usted está revalidando. Comuníquese con el SSD si tiene alguna pregunta sobre esta sección.

SECCIÓN 5: ¿ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES SE APLICA A USTED?

Marque (✓) para cada situación que se aplique a usted o a alguien para quien usted está revalidando.

PÁGINA 2 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DEL HOGAR

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

ESTA PERSONA ESTÁ REVALIDANDO PARA: Marque (✓) los tipos de asistencia para los que está revalidando cada persona: PA para Asistencia Pública, SNAP para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria; MA para Medicaid.

FECHA DE NACIMIENTO: Escriba la fecha de nacimiento de cada persona que está revalidando.

SEXO E IDENTIDAD DE GÉNERO: El Estado de Nueva York le garantiza su derecho a tener acceso a los beneficios o servicios, o ambos, 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 son diferentes al sexo que informa y usted desea proporcionar la identidad de género de esa persona, escriba “Masculino”, “Femenino”, “No binario”,

“X”, “Transgénero” o “Identidad diferente” en el espacio proporcionado. Si 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 las personas que hacen la solicitud, tampoco afectará el nivel de subsidios recibidos.

PARENTESCO CON USTED: Para cada persona, escriba su parentesco con usted (por ejemplo, cónyuge, hijo, hijo de tutela temporal, amigo, compañero de casa, huésped, etc.).

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE ESTÁN REVALIDANDO: Escriba el número de seguro social de cada persona que está revalidando, a menos que esa persona sea una mujer embarazada que sólo está revalidando para Medicaid;

MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO: Escriba el grado escolar más alto (de 1 a 12) que haya completado cada persona que está revalidando. Si completó más de 12 años, escriba 13.

¿ESTA PERSONA COMPRA ALIMENTOS O PREPARA COMIDAS CON USTED (INCLUYENDO A HIJOS MENORES DE EDAD) ?: Es importante que marque (✓)

"SÍ" o "NO" en esta pregunta para cada persona que vive con usted, ya sea que esté revalidando o no. A veces, la persona que compra y prepara las comidas por separado puede obtener más beneficios de SNAP.

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

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 su segundo nombre y el apellido.

SECCIÓN 7: CAMBIOS EN LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

Llene esta sección si alguien se ha mudado a su hogar o de éste durante el último año.

PÁGINA 3 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 8: RAZA/ORIGEN ÉTNICO

Llene esta sección para cada persona que revalida. 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:

Página Original 6

PUB-1313 SP LP Statewide SP (Rev. 7/20)

- 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 es voluntario. No afectará la habilitación de las personas que se revalidan, ni el nivel de beneficios que reciban. La razón para solicitar esta información es para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin importar la raza, el color o la nacionalidad.

PÁGINA 4 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 9: CIUDADANÍA/SIN CIUDADANÍA Y CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

Además, si usted o cualquier miembro de su hogar revalida para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), debe enumerar a todos los miembros del hogar, incluso si no están revalidando para SNAP. También debe incluir a todos los hermanos y padres que viven con menores que revalidan para Asistencia Pública (PA). Si no llena esta sección con los datos de una persona que está revalidando, esa persona podría no recibir asistencia.

NOMBRE: Escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido de cada persona que está revalidando 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 americano, 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 (por sus siglas en inglés, "USCIS") o el número de no ciudadano, si lo tiene.

SECCIÓN 10: 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 está revalidando para cualquiera de los siguientes programas. Si alguna persona que está revalidando no es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano o nacional, marque (✓) los programas para los que esa persona está revalidando siendo no ciudadano con situación migratoria satisfactoria:

- Asistencia Pública (PA);

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP); y (o ambos)
- Medicaid (MA), a menos que la persona que revalida esté embarazada.

"No ciudadano con situación satisfactoria" significa la situación de alguien que no es ciudadano que no hace que esa persona no habilite para los beneficios de un programa determinado. Recuerde que los diferentes programas tienen diferentes requisitos para la situación de los no ciudadanos. 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.

Cualquier miembro adulto del hogar o un representante autorizado puede firmar la certificación en nombre de todos los miembros del hogar que revalidan. 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 está revalidando tiene menos de 18 años de edad (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 de edad o más debe firmar por él. 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".

Página Original 7

PUB-1313 SP LP Statewide SP (Rev. 7/20)

Al marcar una casilla anterior y firmar la certificación usted certifica, bajo pena de perjurio, que usted y/o las personas en cuyo nombre firmó, son ciudadano(s) de Estados Unidos, indígenas norteamericanos o nacionales de Estados Unidos, o no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria, para todos los programas para los cuales están revalidando. 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 está revalidando, esa persona podría no recibir asistencia.

No debe firmar el certificado para usted si no es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano o nacional, y no es un no ciudadano con una situación migratoria satisfactoria, ni debe firmar por alguna otra persona en las mismas

condiciones. Los no ciudadanos que no tengan una situación migratoria satisfactoria no son aptos para PA, beneficios de SNAP ni Medicaid (excepto Medicaid para una mujer embarazada, o tratamiento de una afección médica de emergencia). Estas personas también puede ser que no reúnan los requisitos para ciertos Servicios (tales como servicios de prevención/protección para niños o adultos).

Podemos confirmar la situación de no ciudadanos de todos los miembros del hogar que están revalidando para PA, beneficios de SNAP o Medicaid, enviando la información que nos proporcione a USCIS. La información que se reciba del USCIS puede afectar los requisitos necesarios y la cantidad de beneficios que su hogar reciba.

PÁGINA 5 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 11: INFORMACIÓN SOBRE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE EJECUCIÓN DE PAGO DE SUSTENTO DE MENORES

No tiene que llenar esta sección si sólo está revalidando para Medicaid y está embarazada, si dio a luz en los últimos 60 días, o si está revalidando para menores de 21 años.

1. Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si está revalidando para alguna persona, incluido usted mismo, que sea menor de 21 años de edad, quien nació fuera del matrimonio y para quien la paternidad legal no ha sido establecida.
2. Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si está revalidando para alguna persona, incluido usted mismo, que sea menor de 21 años de edad, y si al menos uno de los padres de esta persona vive fuera del hogar.

Si marcó (✓) "No" para estas dos preguntas, vaya a la Sección 12. No tiene que llenar el resto de la Sección 11.

Si marcó (✓) "Sí" a alguna o a ambas de estas preguntas, debe llenar el resto de la Sección 11.

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

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 DE EDAD: 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.

NOMBRE Y DIRECCIÓN, FECHA DE NACIMIENTO y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE SIN CUSTODIA O PADRE PUTATIVO: Si lo sabe, escriba el primer nombre, el segundo nombre y el apellido, la dirección, la fecha de nacimiento y el número de seguro social del padre putativo de cada persona para la que marcó "Sí" en la pregunta 1, 2 o 3. El "padre putativo" es el hombre que puede ser el padre del niño, pero que no estaba casado con la madre antes que este naciera y no se ha establecido que sea el padre mediante un procedimiento judicial o reconocimiento de paternidad.

PÁGINA 6 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 12: SITUACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS / DEPENDIENTES

Escriba la siguiente información de 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 cualquier miembro de su hogar incluya en su declaración 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 incluya como dependiente en su declaración 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 13: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE AUSENTE/FALLECIDO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REVALIDA: Escriba el nombre de todas las personas que están revalidando 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 están revalidando 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 están revalidando 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 se están revalidando 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 están revalidando y cuyo cónyuge no vive con ellas. Si no la sabe, escriba la última dirección conocida del cónyuge.

SECCIÓN 14: INFORMACIÓN DEL HIJO AUSENTE

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REVALIDA: Escriba el nombre de todas las personas que están revalidando y que tengan un hijo menor de 21 años de edad que no vive con ellas.

NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO

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

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

¿SE ESTABLECIÓ LA PATERNIDAD?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si se ha establecido la paternidad legal para todos los hijos menores de 21 años de edad que no viven con una persona que está revalidando.

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

SECCIÓN 15: INFORMACIÓN DEL PADRE ADOLESCENTE

Sólo llene esta sección si está revalidando para Asistencia Pública.

¿HAY ALGÚN PADRE O MADRE MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD ("PADRE ADOLESCENTE") EN EL HOGAR?:

Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si alguna persona que está revalidando es un padre o madre menor de 18 años de edad.

NOMBRE: Escriba el nombre de todas las personas que están revalidando 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 de edad que está revalidando vive con usted.

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

PÁGINAS 7 Y 8 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 16: INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED RECIBE DINERO DE Y QUIÉN: Marque (✓) "SÍ" o "NO" en las líneas del 1 al 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 por beneficios del seguro por desempleo cada semana, escriba "\$100 por semana" o "\$100/sem."

SUBSIDIO DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS,

"SSI") (TOTAL ESTATAL Y FEDERAL): Si usted o cualquier persona que viva con usted recibe beneficios del Programa de Suplemento del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés, "SSP") además de beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), sume estas dos cantidades y escriba el total en la columna de MONTO/VALOR Y FRECUENCIA de Beneficios de SSI en la línea 2. Si usted o cualquier persona que viva con usted reciben sólo beneficios de SSP, escriba esta cantidad en la columna de MONTO/VALOR Y FRECUENCIA de Beneficios de SSI en la línea 2.

PAGOS POR CUIDADOS DE CRIANZA (RECIBIDOS):

Si usted o cualquier persona que viva con usted recibe pagos por cuidados de crianza, escriba esta cantidad en la columna de MONTO/VALOR Y FRECUENCIA de Pagos por cuidados de crianza en la línea 17. Si usted o cualquier persona que viva con usted recibe pagos por cuidados de crianza por cuidar de un menor o adulto en cuidados de crianza y usted está revalidando para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), tiene dos opciones: Puede elegir incluir al menor o adulto en cuidados de crianza y los pagos por cuidados de crianza en su hogar para los beneficios de SNAP, o puede elegir no incluir al menor o adulto en cuidados de

crianza ni los pagos por cuidados de crianza en su hogar para beneficios de SNAP. Pregunte a su SSD qué opción le daría más beneficios de SNAP.

PAGOS DE SUSTENTO DE MENORES (RECIBIDOS):

Si usted o cualquier persona que viva con usted recibe pagos de sustento de menores, escriba el nombre de la persona que paga por 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.

DEDUCCIONES, QUIÉN Y MONTO/VALOR Y

FRECUENCIA: Marque (✓) "SÍ" o "NO" en las líneas del 1 al 15 para indicar si usted o cualquier persona que viva 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 impuestos sobre la renta.

OTROS AJUSTES: Describa cualquier otra deducción tributaria que usted u otra persona que viva con usted reclamarán en su declaración de impuestos del año en curso, incluyendo quién reclamará las deducciones, y la cantidad o valor y la frecuencia de los gastos que se reclamarán en la declaración de impuesto sobre la renta.

SECCIÓN 17: INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO/MADRASTRA/PATROCINADOR DE INMIGRANTE CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

¿EL PADRASTRO/MADRASTRA DE CUALQUIERA DE LOS MENORES QUE VIVEN CON USTED TIENE RECURSOS O RECIBE INGRESOS DE CUALQUIER TIPO Y QUIÉN?: Marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar si alguna persona que está revalidando, 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 16, Información sobre los ingresos). Si respondió que "SÍ", escriba el nombre del padrastro o madrastra.

¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR ES UN NO CIUDADANO CON SITUACIÓN MIGRATORIA

SATISFACTORIA QUE FUE PATROCINADO PARA SU ADMISIÓN EN LOS ESTADOS UNIDOS Y QUIÉN?:

Marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar si usted o alguna persona que viva en su hogar es un no ciudadano con una situación migratoria satisfactoria que fue patrocinado por alguien para ser admitido en los Estados Unidos. Si respondió "SÍ", escriba el nombre del no ciudadano con situación migratoria satisfactoria.

Página Original 10

PUB-1313 SP LP Statewide SP (Rev. 7/20)

NOMBRE DEL PATROCINADOR, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO: Si marcó "SÍ" arriba, escriba el nombre de la persona que lo patrocinó a usted o a cualquier miembro de su hogar para ser admitido en los Estados Unidos, así como la dirección y el número de teléfono del patrocinador.

PÁGINAS 9 Y 10 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 18: INFORMACIÓN LABORAL

Llene esta sección para sí mismo y para todas las personas que viven con usted. Si está empleado, aún

podría 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", "trabajador" o "desempleado" para indicar si está trabajando y, en ese caso, si trabaja para sí mismo o para alguien más.

INGRESO BRUTO: Escriba la cantidad que le pagan antes de impuestos cada semana, quincenal o al 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", "Quincenal" o "Mensual" para indicar con qué frecuencia le pagan, si corresponde.

DÍA DE LA SEMANA EN QUE SE PAGA: Escriba el día de la semana en que le pagan, si corresponde.

NOMBRE Y DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR: Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de su empleador, si lo tiene. Escriba

"yo mismo" y su dirección y número de teléfono comerciales, si trabaja por cuenta propia.

¿ALGUIEN MÁS QUE VIVA CON USTED ACTUALMENTE ESTÁ EMPLEADO O TRABAJA POR CUENTA PROPIA Y QUIÉN?: Marque (✓) "empleado" o "empleado autónomo" si alguien que vive con usted está trabajando, y escriba su nombre.

INGRESO BRUTO, HORAS TRABAJADAS AL MES, DÍA DE LA SEMANA EN QUE SE PAGA, NOMBRE Y DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR: Llene para todas las personas que vivan 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 a través de su empleador.

¿ALGUIEN QUE VIVA CON USTED TIENE SEGURO DE SALUD POR MEDIO DE UN EMPLEADOR y QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si alguien que vive con usted tiene cobertura médica a través de un empleador, y si respondió que "Sí", escriba su nombre.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: Escriba el nombre de su compañía de seguros de salud y/o de la compañía de seguros de salud de cualquier persona que viva con usted, si la hay.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TIENE GASTOS POR CUIDADO DE UN MENOR O DEPENDIENTE DEBIDO A SU EMPLEO Y 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 estos gastos.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED TIENE OTROS GASTOS RELACIONADOS CON SU EMPLEO Y QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted tiene algún gasto relacionado con su empleo (por ejemplo, transporte, uniformes), y si respondió que "Sí", escriba su nombre.

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 su(s) nombre(s), las fechas en que trabajaron por última vez, y dónde fue su último empleo.

¿POR QUÉ DEJÓ O DEJARON DE TRABAJAR?:

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

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED HA SOLICITADO BENEFICIOS POR DESEMPLEO, QUIÉN, CUÁNDO Y SITUACIÓN 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 esa persona ha solicitado beneficios por desempleo. Si respondió que "Sí", escriba su nombre y el de esa persona, cuándo solicitó beneficios por

Página Original 11

PUB-1313 SP LP Statewide SP (Rev. 7/20)

desempleo, y la situación de su solicitud.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED ESTÁ PARTICIPANDO EN UNA HUELGA Y 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 que "Sí", escriba su nombre.

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

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED ES MIGRANTE O TRABAJADOR AGRÍCOLA POR TEMPORADA y QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted viaja a diferentes granjas para trabajar, o si trabaja en una granja sólo durante la temporada de cultivo, y si respondió que "Sí", escriba su nombre.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED SUFRE DE ALGUNA AFECCIÓN MÉDICA QUE LIMITE SU CAPACIDAD PARA TRABAJAR O EL TIPO DE TRABAJO QUE PUEDE REALIZAR Y QUIÉN?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien en edad de trabajar que vive con usted sufre de alguna afección que le evite trabajar de tiempo completo o realizar ciertos tipos de trabajos, y si respondió que "Sí", escriba su nombre.

DESCRIBA LAS LIMITACIONES: Si usted o alguien en edad de trabajar que vive con usted sufre de alguna afección que le evite trabajar de tiempo completo o realizar ciertos tipos de trabajos, explique de qué maneras usted o ese individuo está limitado.

¿PODRÍA ACEPTAR UN EMPLEO HOY Y SI NO, POR QUÉ?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si podría aceptar un empleo hoy si hubiera uno disponible, y si respondió que "No", explique por qué.

¿QUÉ TIPO DE TRABAJO LE GUSTARÍA HACER?:
¿Qué tipo de trabajo le gusta hacer?

PÁGINA 11 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 19: PREPARACIÓN ACADÉMICA/CAPACITACIÓN

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

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

¿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 si alguien que vive con usted 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. Si respondió que "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 se estén revalidando o recibiendo asistencia.

¿ESTÁ O HA ESTADO EN UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, QUIÉN, DÓNDE, PROGRAMA, FECHAS EN QUE ASISTIÓ Y FECHAS DE TERMINACIÓN?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando o recibiendo asistencia ha participado en un programa de capacitación para el empleo en los últimos 12 meses, y si contestó que "Sí", escriba el nombre de esa persona, dónde asistió esa persona al programa de capacitación, el nombre del programa o qué tipo de programa era, y las fechas en que esa persona asistió al programa y en qué lo terminó.

¿TIENE 16 AÑOS DE EDAD O MÁS Y ASISTE A LA ESCUELA O LA UNIVERSIDAD, QUIÉN Y DÓNDE?:

Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando o recibe asistencia tiene 16 años de edad o más y asiste a la escuela o a la universidad, y si contestó que "Sí", escriba

Página Original 12

PUB-1313 SP LP Statewide SP (Rev. 7/20)

el nombre de esa persona y su escuela o universidad.

¿RECIBE UNA ASIGNACIÓN POR CAPACITACIÓN, QUIÉN, Y MONTO? Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando o recibiendo asistencia recibe una asignación por capacitación. Si respondió que "Sí", escriba el nombre de la(s) persona(s) y la cantidad de dinero que recibe(n).

¿RECIBE BECAS O PRÉSTAMOS ESTUDIANTILES, QUIÉN Y MONTO? Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando o recibiendo asistencia está recibiendo becas o préstamos estudiantiles. Si respondió que "Sí", escriba el nombre de la(s) persona(s) y la cantidad de dinero que recibe(n).

¿TIENE MENOS DE 16 AÑOS DE EDAD Y ASISTE A LA ESCUELA, QUIÉN Y ESCUELA?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando o recibe asistencia es menor de 16 años de edad, y si contestó que "Sí", escriba los nombres de las personas y sus escuelas.

PÁGINA 12 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 20: INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

Si solamente está revalidando para beneficios 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 REVALIDANDO: Para las líneas del 1 al 23, marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando tiene alguno de los recursos financieros enumerados.

QUIÉN: Para cada respuesta "SÍ", escriba los nombres de las personas que cuentan con el recurso.

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR: Para cada respuesta de "SÍ", escriba el valor en dólares (\$) del recurso. Asegúrese de incluir todos los bienes conjuntos (recursos que pertenecen a dos personas o más, como cuentas bancarias conjuntas). Todas las personas que revalidan para 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 toda persona que está revalidando, 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 está revalidando.

TIENE EL TÍTULO DE PROPIEDAD O EL REGISTRO DE VEHÍCULO(S) AUTOMOTOR(ES) O DE OTRO(S) VEHÍCULO(S), AÑO, MARCA/MODELO Y OTRO: Si su nombre o el nombre de alguna persona que vive con usted y que está revalidando aparece en el título de propiedad de un automóvil o de otro 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 RECURSOS 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 responsabilidades" para obtener 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 transfiere o dona 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 hogar de convalecencia y usted ha presentado una solicitud de Medicaid, usted podría no ser apto para recibir servicios del centro de enfermería ni servicios de exención en el hogar o en la comunidad como parte del Programa de Medicaid.

Si usted o cualquier persona 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 dinero.

PÁGINAS 13 A 15 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 21: INFORMACIÓN MÉDICA

INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE ESTÁ REVALIDANDO Y SI RESPONDIÓ

QUE SÍ, QUIÉN: Marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar si

alguna de las situaciones enumeradas es aplicable a usted o a alguien que vive con usted y que está

revalidando, y 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 toda persona que está revalidando.

TIENE CUENTAS MÉDICAS, PAGADAS O SIN PAGAR, DE LOS 3 MESES ANTERIORES AL MES DE ESTA

REVALIDACIÓN: 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 aceptan 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 alguien que vive con usted y que está revalidando está embarazada, escriba en la línea 14 la fecha esperada de parto y el número esperado de niños que nacerán.

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD: Llene esta sección para todas las personas que están revalidando para 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 qué planes de salud están disponibles, pregúntele a su trabajador social o llame a la línea de ayuda para selección del plan 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 están revalidando para 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 están revalidando para 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 nacimientos de cada persona que está revalidando para Medicaid.

SEXO: Escriba "M" para masculino y "F" para femenino para indicar el sexo de cada persona que está revalidando para Medicaid.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (DE LA TARJETA DE MEDICAID SI LA TIENE): Cuando revalide para Medicaid, escriba aquí el número de identificación de su tarjeta de Medicaid.

NO. DE SEGURO SOCIAL: Escriba el número de seguro social de cada persona que está revalidando para 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 está revalidando para 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 están revalidando para Medicaid necesita atención y servicios de un obstetra y ginecólogo (OB/GYN), escriba el nombre del

Página Original 14

PUB-1313 SP LP Statewide SP (Rev. 7/20)

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 cualquier médico o proveedor de servicios médico que consulte acepta Medicaid antes de recibir atención médica.

SECCIÓN 22: INFORMACIÓN SOBRE ALOJAMIENTO

¿CUÁL ES EL 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 POR RENTA, HIPOTECA, U OTROS GASTOS RELACIONADOS CON EL ALOJAMIENTO?: Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted paga renta, una hipoteca, u otros gastos relacionados con su alojamiento (por ejemplo, habitación y comida), y si respondió que "Sí", escriba la cantidad que paga por mes. Si tiene un pago de hipoteca, incluya el monto de los impuestos de propiedad y de seguro de riesgos del hogar (incluyendo el seguro contra incendios).

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED PAGA CALEFACCIÓN ADICIONAL A SU RENTA U OTROS GASTOS RELACIONADOS CON EL ALOJAMIENTO?:

Marque (✓) "Sí" o "No" para indicar si usted o alguien que vive con usted paga la calefacción de manera adicional a la renta, hipoteca, u otros gastos relacionados con su alojamiento, y si respondió que "Sí", escriba la cantidad que paga por mes.

¿USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED PAGA LOS SIGUIENTES GASTOS ADICIONALES A SU RENTA U OTROS GASTOS RELACIONADOS CON EL ALOJAMIENTO?: Para las 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 a la renta, hipoteca, u otros gastos relacionados con su alojamiento, y si respondió que "Sí", escriba la cantidad que paga por mes. Para las preguntas en las líneas 9 a 11, marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando vive en alguno de estos tipos de alojamiento.

SECCIÓN 23: OTROS GASTOS

INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE ESTÁ REVALIDANDO Y SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO: Marque (✓) "Sí" o "NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando

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 REVALIDANDO DEBEN AL MENOS CUATRO MESES DE SUSTENTO PARA UN HIJO MENOR DE 21 AÑOS DE EDAD: Marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando debe cuatro meses o más de sustento de menores.

PÁGINA 16 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

SECCIÓN 24: INFORMACIÓN ADICIONAL

¿COMPRA O PLANEA COMPRAR ALIMENTOS MEDIANTE UN SERVICIO DE ENTREGA A DOMICILIO O DE COMIDAS COMUNITARIAS?: Marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar si usted o cualquier persona que está revalidando 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, una cafetería en el edificio en el que 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.

Página Original 15

PUB-1313 SP LP Statewide SP (Rev. 7/20)

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 Y 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, y si respondió que "SÍ", escriba su nombre.

¿SU CÓNYUGE HA PERTENECIDO ALGUNA VEZ A LAS FUERZAS ARMADAS DE ESTADOS UNIDOS?

Marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar si usted o su cónyuge alguna vez ha formado parte de alguno de los servicios militares enumerados arriba.

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

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 arriba, y si respondió que "SÍ", escriba el nombre del dependiente.

INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y QUE ESTÁ REVALIDANDO Y QUIÉN: Marque (✓) "SÍ" o "NO" para indicar si alguna de las situaciones descritas en las siguientes nueve preguntas es aplicable a usted o a alguien que vive con usted, y 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 una multa, cárcel, o ambas, para una persona que sea declarada culpable de obtener Asistencia Pública, Medicaid, beneficios de SNAP, Asistencia para Guardería, 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 está revalidando ha vendido, traspasado o cedido alguna propiedad para adquirir beneficios de Asistencia Pública o de SNAP. Recuerde que las leyes del Estado de Nueva York estipulan una multa, cárcel, o ambas, para una persona que sea declarada culpable de obtener Asistencia Pública, Medicaid, beneficios de SNAP, Asistencia para Guardería, o Servicios ocultando hechos o no diciendo la verdad.

PÁGINAS 17 A 23 DEL FORMULARIO DE REVALIDACIÓN

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 relacionados con la recepción de asistencia, así como las sanciones que puede incurrir (por ejemplo, una multa y/o cárcel) si no cumple con sus responsabilidades que se estipulan en esta sección. Al firmar y enviar una revalidación, usted indica que comprende y acepta las declaraciones de esta sección.

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA:

Si quiere que alguien haga la revalidación para beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por usted y/o quiere que alguien que no vive con usted reciba los beneficios de SNAP por usted y/o los utilice para comprar alimentos para usted, escriba el nombre, la dirección y el número de

teléfono de esa persona con letra de molde en el espacio. Esta persona es su "Representante Autorizado". El Representante Autorizado debe firmar y poner la fecha en la sección de firmas al final del formulario de revalidación. Si su hogar no reside en una institución, un adulto responsable que sea miembro de su hogar también debe firmar y poner la fecha en la revalidación, a menos que su hogar

Página Original 16

PUB-1313 SP LP Statewide SP (Rev. 7/20)

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" y/o "No divulgar información sobre drogas y alcohol" si no está de acuerdo en que esta información médica referente a usted y/o a los miembros de su familia que están revalidando 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 una multa, cárcel, o ambas, para una persona que sea declarada culpable de obtener

Asistencia Pública, Medicaid, beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Asistencia para Guardería, o Servicios ocultando hechos o no diciendo la verdad. **Al firmar y enviar un formulario de revalidación, usted indica que comprende y acepta las declaraciones de esta sección, y que toda la información que ha proporcionado en este formulario de revalidación o que proporcionará al SSD en el futuro está completa y es correcta hasta donde usted sabe.**

FIRMA DEL SOLICITANTE Y FECHA DE FIRMA: Firme y escriba la fecha en que firmó el formulario de revalidación, a menos que haya designado a un Representante Autorizado para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) en el formulario de revalidación y usted vive en una institución, en cuyo caso el Representante Autorizado puede firmar y escribir la fecha en el formulario de revalidación. Si no reside en una institución, tanto usted como el Representante Autorizado deben firmar y poner la fecha en el formulario de revalidación, a menos que usted haya designado previamente por escrito al Representante Autorizado para SNAP para que lo haga. Si ha presentado el formulario de revalidación por alguien más, firme con el nombre de

usted, no con el nombre de la persona a la que representa, y escriba la fecha en la que firmó.

FIRMA DEL CÓNYUGE O REPRESENTANTE

PROTECTOR Y FECHA DE FIRMA: Si está casado(a) y está revalidando para Asistencia Pública o Medicaid, su cónyuge debe firmar y escribir la fecha en el formulario de revalidación. Si está casado(a) y solamente está revalidando para beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, sólo uno de los cónyuges debe firmar y escribir la fecha en el formulario de revalidación. Si tiene un Representante Protector, esa persona debe firmar y escribir la fecha en el formulario de revalidación.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO Y

FECHA DE FIRMA: Si ha designado a un Representante Autorizado para SNAP en el formulario de revalidación, esa persona debe firmar y escribir la fecha en el formulario de revalidación.

SOLICITO QUE SE CIERRE MI CASO PARA:

No marque ninguna de las casillas, ni firme ni escriba la fecha en esta sección, si quiere presentar una revalidación.

Marque esta sección solamente si quiere cerrar su caso para uno o más programas. Para solicitar que se cierre su caso, marque (✓) la casilla al lado de ese programa, y

firme y escriba la fecha en donde se indica. Proporcione el motivo de su solicitud.

FORMULARIO DE REGISTRO DE VOTANTES: Las últimas dos páginas de este formulario de revalidación 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 revalidación para beneficios, ni el monto de la asistencia que puede recibir. Si desea ayuda para llenar el formulario de registro de votantes, consulte a su SSD.

Página Original 17

PUB-1313 SP 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 de alquiler

Registros hipotecarios

○ ✓↓ 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

O ✓▼ 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

O ✓↓ 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 18

PUB-1313 SP 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
Reembolso 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

Factor de habilitación

Otro: _____