

Este documento se proporciona en un formato alternativo (letra impresa grande, CD de datos, CD audio o en Braille) exclusivamente para propósitos informativos. Los documentos que deban ser rellenos, se deben rellenas y enviar por escrito, en un formato no alternativo.

SOLICITUD DE CIERTOS SUBSIDIOS Y SERVICIOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Si usted es ciego o sufre de impedimentos visuales graves y necesita esta solicitud en otro formato, puede solicitarlo de su distrito de servicios sociales. Si desea obtener información adicional sobre los tipos de formatos disponibles y sobre cómo puede solicitar una solicitud en un formato alternativo, vea el instructivo (PUB-1301 Statewide) disponible en www.otda.ny.gov o en <https://www.health.ny.gov>.

Si es ciego o sufre de impedimentos visuales graves

¿Desea recibir las notificaciones por escrito en otro formato?

Sí

No

Si respondió “Sí”, marque el tipo de formato que desea:

Tipografía grande

CD de datos

CD de audio

Braille, si cree que ninguno de los otros formatos le será de igual utilidad a usted

Si necesita otras adaptaciones, comuníquese con su distrito de servicios sociales.

Nuestro compromiso es prestarle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa. Usted tiene la responsabilidad de participar en actividades, incluidas las actividades laborales, relacionadas con los programas de Asistencia Pública y Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) cuando se le exija con el fin de alcanzar la autonomía económica. Siempre que vea “Asistencia Pública” o “PA” en la solicitud, se refieren a “Asistencia para Familias” o “Asistencia Red de Seguridad”. Llamamos a estos dos programas “Asistencia

Pública”. Estos programas de PA están diseñados para ayudarle solamente hasta que usted pueda sostenerse a sí mismo y a su familia. **Consulte el instructivo (PUB-1301 Statewide) y los manuales “Lo que debe saber” 1, 2 y 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B y LDSS-4148C) para llenar esta solicitud; comuníquese con su distrito de servicios sociales si tiene otras preguntas.**

Cuando vea “MA” en la solicitud, significa “Medicaid”. Puede solicitar MA utilizando esta solicitud solamente si también está solicitando Asistencia Pública o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria al mismo tiempo. Si sólo desea solicitar MA, puede hacerlo en línea en <https://nystateofhealth.ny.gov/>; o marcando el 1-855-355-5777, si desea más información o presentar su solicitud. También puede utilizar la solicitud impresa - 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.

SECCIÓN 1

**MARQUE TODOS LOS PROGRAMAS QUE
USTED O UN MIEMBRO DE SU GRUPO
FAMILIAR ESTÁ SOLICITANDO**

- Asistencia Pública (PA)**
- Cuidado de Niños en lugar de PA**
- Programa de Asistencia Nutricional
Suplementaria (SNAP)**
- Medicaid (MA) y SNAP**
- Medicaid (MA) y PA**
- Servicios (S), incluido el Cuidado de Crianza
(FC)**
- Asistencia de Cuidado de Niños (CC)**
- Sólo asistencia de emergencia (EMRG)**

SECCIÓN 2

¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL?

- INGLÉS
- ESPAÑOL
- OTRO (especifique) _____

DESEA RECIBIR NOTIFICACIONES EN:

- SOLO INGLÉS
- INGLÉS Y ESPAÑOL

SECCIÓN 3

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE MOLDE

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

ESTADO CIVIL _____

NÚMERO DE TELÉFONO CÓDIGO DE ÁREA (____)

CALLE Y NÚMERO _____

N° APTO. _____

CIUDAD _____

CONDADO _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

DIRIGIR CORRESPONDENCIA A (LLENE SI SU
CORRESPONDENCIA DEBE IR DIRIGIDA A NOMBRE
DE OTRA PERSONA) _____

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA
ANTERIOR) _____

N° APTO. _____

CIUDAD _____

CONDADO _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN SU
DIRECCIÓN ACTUAL?

AÑOS _____

MESES _____

¿ES UN ALBERGUE?

SÍ

NO

OTRO TELÉFONO DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR

NOMBRE _____

NÚMERO DE TELÉFONO CÓDIGO DE ÁREA (____)

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN
ACTUAL _____

DIRECCIÓN ANTERIOR _____

N° APTO. _____

CIUDAD _____

CONDADO _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

SI ACTUALMENTE NO TIENE HOGAR, MARQUE AQUÍ

AGENCIA QUE AYUDA AL SOLICITANTE / PERSONA
DE CONTACTO _____

NÚMERO DE TELÉFONO CÓDIGO DE ÁREA (____)

¿NECESITA QUE LA PARTE REFERENTE A MEDICAID DE ESTA SOLICITUD Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES?

SÍ

NO

SECCIÓN 4 – Si solicita SNAP:

Puede registrar la solicitud el mismo día que la recibe. La solicitud de SNAP debe incluir por lo menos su nombre, domicilio (si tiene uno) y firma al pie. Debe concluir el proceso de solicitud, incluida la firma en la última página y ser entrevistado. Si reúne los requisitos recibirá los subsidios SNAP retroactivos a la fecha en que presentó la solicitud. Debe ser informado, dentro de un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en que registra (presenta) su solicitud de subsidio SNAP, si su solicitud fue aprobada o denegada. Si su hogar cuenta con escasos recursos en líquido o no cuenta con ninguno, o si sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos y recursos en líquido, puede ser apto para

obtener subsidios SNAP dentro de un plazo de cinco días calendario contados a partir de la fecha en que presenta su solicitud. Si usted es residente de una institución y solicita Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y subsidios SNAP antes de salir de la institución, la fecha de presentación de la solicitud es la fecha en que sale de la institución.

FIRMA DEL SOLICITANTE DE SNAP O SU REPRESENTANTE **X**_____

FECHA DE FIRMA _____

SECCIÓN 5

¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES APLICA A SU CASO?

1. Embarazada
2. Víctima de violencia doméstica
3. Necesita establecer filiación
4. Necesita manutención infantil

5. Problemas de drogas / alcohol
6. Falta o desconexión de servicios básicos / combustible
7. No tiene hogar / desamparado(a)
8. Incendio u otro desastre
9. No tiene ingresos
10. Problema médico serio
11. Orden de desalojo pendiente
12. No tiene comida
13. Necesita cuidado de crianza
14. Necesita cuidad de niños
15. Problemas con el inglés

16. Alojamiento razonable

17. Otro _____

Página Original 2

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

SECCIÓN 6 – INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR –

Liste todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando asistencia con usted. Ingrese los datos suyos en el primer renglón.

LN 01

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F) _____

Identidad de género (opcional): (hombre, mujer, no binario, X, transgénero, otro [defínalo]) _____

Parentesco con usted: **YO MISMO(A)**

Número de seguro social de los miembros del hogar que solicitan asistencia (Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona compra alimentos o prepara comidas con usted (incluidos los hijos menores de edad)?

Sí

NO

LN 02

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F) _____

Identidad de género (opcional): (hombre, mujer, no binario, X, transgénero, otro [defínalo]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del hogar que solicitan asistencia (Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona compra alimentos o prepara comidas con usted (incluidos los hijos menores de edad)?

Sí

NO

LN 03

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F) _____

Identidad de género (opcional): (hombre, mujer, no binario, X, transgénero, otro [defínalo]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del hogar que solicitan asistencia (Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona compra alimentos o prepara comidas con usted (incluidos los hijos menores de edad)?

SÍ

NO

LN 04

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F) _____

Identidad de género (opcional): (hombre, mujer, no binario, X, transgénero, otro [defínalo]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del hogar que solicitan asistencia (Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona compra alimentos o prepara comidas con usted (incluidos los hijos menores de edad)?

SÍ

NO

LN 05

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F) _____

Identidad de género (opcional): (hombre, mujer, no binario, X, transgénero, otro [defínalo]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del hogar que solicitan asistencia (Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona compra alimentos o prepara comidas con usted (incluidos los hijos menores de edad)?

Sí

NO

LN 06

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F) _____

Identidad de género (opcional): (hombre, mujer, no binario, X, transgénero, otro [defínalo]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del hogar que solicitan asistencia (Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona compra alimentos o prepara comidas con usted (incluidos los hijos menores de edad)?

Sí

NO

LN 07

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F) _____

Identidad de género (opcional): (hombre, mujer, no binario, X, transgénero, otro [defínalo]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del hogar que solicitan asistencia (Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona compra alimentos o prepara comidas con usted (incluidos los hijos menores de edad)?

SÍ

NO

LN 08

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está solicitando:

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Sexo: (M/F) _____

Identidad de género (opcional): (hombre, mujer, no binario, X, transgénero, otro [defínalo]) _____

Parentesco con usted: _____

Número de seguro social de los miembros del hogar que solicitan asistencia (Vea el instructivo PUB-1301 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

¿Esta persona compra alimentos o prepara comidas con usted (incluidos los hijos menores de edad)?

SÍ

NO

LISTE LOS APELLIDOS DE SOLTERA Y OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED O LOS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR HAN SIDO CONOCIDOS

PRIMER NOMBRE _____

INICAL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

PRIMER NOMBRE _____

INICAL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SECCIÓN 7 - RAZA / ORIGEN ÉTNICO –

El proporcionar estos datos se hace de manera voluntaria. El hacerlo no afecta la habilitación de los solicitantes, ni el nivel de subsidios que reciban. Estos datos se solicitan con el fin de garantizar que los subsidios de los programas se distribuyen sin importar la raza, el color o la nacionalidad.

H HISPANO O LATINO

I INDÍGENA NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA

A ASIÁTICO

B RAZA NEGRA OR AFROAMERICANO

P INDÍGENA HAWAIANO O NATIVO DE LA POLINESIA

W BLANCO

U DESCONOCIDO (SÓLO MA)

ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) SI ES HISPANO O LATINO

INGRESE S (SÍ) O N (NO) PARA CADA RAZA

LN 01

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 02

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 03

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 04

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 05

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 06

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 07

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

LN 08

H _____

I _____

A _____

B _____

P _____

W _____

U _____

Página Original 4

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

Lea detenidamente esta página antes de contestar las preguntas. Si tiene preguntas, consulte el instructivo

(PUB-1301 Statewide) o comuníquese con su distrito de servicios sociales.

SECCIÓN 8 – CIUDADANO / NO CIUDADANO CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

LISTE TODAS LAS PERSONAS QUE SOLICITAN O QUE ESTÁN OBLIGADAS A SOLICITAR

Tiene que llenar las secciones 8 y 9 si usted:

- Solicita **solamente** Asistencia de Cuidado de Niños pero tiene que llenar la información sólo para los niños que recibirían los servicios de cuidado de niños.
- Solicita **solamente** Cuidado de Crianza pero tiene que llenar la información sólo para los niños que recibirían Cuidado de Crianza.
- Solicita otros Servicios bajo otras circunstancias.

SECCIÓN 9 - CERTIFICACIÓN

Algunos programas de servicios sociales requieren que usted certifique que es ciudadano de Estados Unidos,

indígena norteamericano, nacional estadounidense, o inmigrante con situación migratoria satisfactoria. Otros programas no lo requieren.

Usted DEBE firmar la siguiente certificación solamente si usted es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano, nacional de Estados Unidos, inmigrante con situación migratoria satisfactoria **y** solicita:

- Asistencia Pública (cuando hay menores en el hogar o si una integrante del hogar está embarazada), o
- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, o
- Medicaid (excepto si la solicitante está embarazada), o
- Asistencia para Cuidado de Niños (se necesita **solamente** la certificación del menor), o
- Cuidado de Crianza (se necesita **solamente** la certificación del menor), o
- Otros Servicios según ciertas circunstancias;
- Asistencia para Pagos de Emergencia

Un miembro adulto del hogar o un representante autorizado pueden firmar en nombre de todos los

miembros del hogar. Ejemplo: Un padre o una madre que no tenga una situación migratoria satisfactoria puede firmar en nombre de su hijo(a) que sí tiene una situación migratoria satisfactoria.

Una solicitud de SNAP debe incluir todas las personas que viven en el hogar beneficiario de SNAP. Una solicitud de PA debe incluir a todos los menores para los cuales se solicita asistencia, los hermanos y hermanas, y todos los padres de dichos menores que vivan juntos. Si no indica que una persona de la lista es ciudadano de Estados Unidos, nacional estadounidense o inmigrante con situación migratoria satisfactoria, ni proporciona un número de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) (Número de Registro de Extranjero) o número de no ciudadano (de haberlo), esa persona no recibirá asistencia y los demás miembros del grupo familiar recibirán subsidios reducidos. Si es indígena norteamericano, marque la casilla “ciudadano / nacional”.

LN 01

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO / NACIONAL" o "NO CIUDADANO" para cada persona

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si tiene uno) A _____

FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA SOLICITANTE

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla del programa(s) que cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria (Consulte el instructivo, PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 02

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO / NACIONAL" o "NO
CIUDADANO" para cada persona

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE
EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO
(Si tiene uno) A _____

**FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA
SOLICITANTE**

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla del programa(s) que cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria (Consulte el instructivo, PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 03

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO / NACIONAL" o "NO
CIUDADANO" para cada persona

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE
EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO
(Si tiene uno) A _____

**FIRME* Y FECHA LA CASILLA ABAJO PARA CADA
SOLICITANTE**

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla del programa(s) que cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria (Consulte el instructivo, PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 04

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO / NACIONAL" o "NO
CIUDADANO" para cada persona

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE
EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO

(Si tiene uno) A _____

**FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA
SOLICITANTE**

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla del programa(s) que cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria (Consulte el instructivo, PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 05

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO / NACIONAL" o "NO
CIUDADANO" para cada persona

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE
EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO
(Si tiene uno) A _____

**FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA
SOLICITANTE**

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla del programa(s) que cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria (Consulte el instructivo, PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 06

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO / NACIONAL" o "NO CIUDADANO" para cada persona

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si tiene uno) A _____

FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA SOLICITANTE

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla del programa(s) que cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria (Consulte el instructivo, PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 07

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO / NACIONAL" o "NO
CIUDADANO" para cada persona

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE
EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO
(Si tiene uno) A _____

**FIRME* Y FECHÉ LA CASILLA ABAJO PARA CADA
SOLICITANTE**

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla del programa(s) que cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria (Consulte el instructivo, PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

LN 08

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

Marque "CIUDADANO / NACIONAL" o "NO
CIUDADANO" para cada persona

CIUDADANO/ NACIONAL

NO CIUDADANO

NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE
EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO
(Si tiene uno) A _____

**FIRME* Y FECHA LA CASILLA ABAJO PARA CADA
SOLICITANTE**

En el caso de un solicitante no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, marque la casilla del programa(s) que cada solicitante no ciudadano tiene situación migratoria satisfactoria (Consulte el instructivo, PUB-1301 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

CC

FC

S

EMRG

Al marcar una de las casillas anteriores y firmar la certificación en la Sección 9, por la presente certifico, so pena de perjurio, que yo y la(s) persona(s) en cuyo nombre firmo, soy /somos ciudadano(s) de Estados Unidos, indígenas norteamericanos o nacionales de Estados Unidos, o no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria.

Comprendo que al firmar esta certificación, la información relativa a miembros del grupo familiar que solicitan asistencia puede someterse ante los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos con el propósito de verificar la situación de los no ciudadanos, si es pertinente.

El uso o la divulgación de los datos anteriores se limita a las personas y organizaciones que tengan una conexión directa con la verificación de la ciudadanía y con la administración o aplicación de las disposiciones de los programas de Asistencia Pública, Asistencia Nutricional Suplementaria, Medicaid, Asistencia para Cuidado de Niños, Cuidado de Crianza y Servicios.

*** Si la persona que quiere firmar la certificación no puede escribir, puede hacer una "X" en la línea en**

presencia de un testigo. El testigo debe firmar a continuación.

He atestiguado las marcas escritas en las líneas:

____, _____, _____, _____, _____, _____

Firma del testigo: _____

Fecha de firma: _____

Página Original 5

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

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

Si solamente solicita Asistencia de Cuidado de Niños, no está obligado a establecer una petición de sustento de menores y por lo tanto no tiene que llenar esta sección. Si solicita Medicaid además de Asistencia Pública o Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, se le podrá solicitar que nos ayude a obtener soporte médico para usted y para los hijos que solicitan asistencia. Responda las siguientes preguntas para poder determinar si necesita llenar esta sección. Inclúyase a sí mismo(a), si es pertinente:

1. ¿Está solicitando asistencia para un individuo menor de 21 años de edad que nació fuera del matrimonio y para quien la filiación legal no ha sido establecida?

Sí

No

2. ¿Está solicitando asistencia para un individuo menor de 21 años de edad que tiene un padre o una madre ausente (sin custodia)?

Sí

No

No necesita llenar esta sección si respondió “No” a las dos preguntas. Vaya a la Sección 11.

Debe llenar esta sección si respondió “Sí” a una de las dos preguntas, o ambas. Proporcione los nombres de todos los individuos menores de 21 años de edad para los cuales solicita asistencia, como también todos los datos que posea actualmente sobre los padres sin custodia o putativos de esos individuos.

3. ¿Tiene usted menos de 21 años de edad?

Sí

No

Si respondió “Sí” a esta pregunta, proporcione información pertinente a sus padres sin custodia o de su(s) padre(s) putativo(s).

Como condición necesaria para recibir asistencia, usted está obligado(a) a ceder ciertos derechos relacionados con la manutención, tal como se describe en la sección de Notificaciones, Cesiones, Autorizaciones y Consentimientos al final de esta solicitud. Se le entregará el formulario LDSS-5145, “Derivación para servicios de sustento de menores” para que lo conteste y lo entregue a la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores. Excepto en situaciones de violencia doméstica o por otras causas justificadas, es condición para poder recibir asistencia, el cooperar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores con el fin de localizar a cualquier padre/madre sin custodia o putativo/a; establecer la filiación legal de cada individuo menor de 21 años nacido fuera del matrimonio; y establecer, modificar o ejecutar las órdenes de sustento. También se le entregará el formulario LDSS-4279, “Notificación de Responsabilidades y Derechos relativos al Sustento de Menores”, el cual explica sus

responsabilidades y sus derechos si no coopera con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores.

A. NOMBRE DEL INDIVIDUO MENOR DE 21 AÑOS DE EDAD _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE PADRE/MADRE SIN CUSTODIA O PUTATIVO/A _____

FECHA DE NACIMIENTO DE PADRE/MADRE SIN CUSTODIA O PUTATIVO/A

MES _____

DÍA _____

AÑO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE PADRE/MADRE SIN CUSTODIA O PUTATIVO/A _____

B. NOMBRE DEL INDIVIDUO MENOR DE 21 AÑOS DE EDAD _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE PADRE/MADRE SIN CUSTODIA O PUTATIVO/A _____

FECHA DE NACIMIENTO DE PADRE/MADRE SIN CUSTODIA O PUTATIVO/A

MES _____

DÍA _____

AÑO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE PADRE/MADRE
SIN CUSTODIA O PUTATIVO/A _____

C.NOMBRE DEL INDIVIDUO MENOR DE 21 AÑOS DE
EDAD _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE PADRE/MADRE SIN
CUSTODIA O PUTATIVO/A _____

FECHA DE NACIMIENTO DE PADRE/MADRE SIN
CUSTODIA O PUTATIVO/A

MES _____

DÍA _____

AÑO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE PADRE/MADRE
SIN CUSTODIA O PUTATIVO/A _____

D.NOMBRE DEL INDIVIDUO MENOR DE 21 AÑOS DE
EDAD _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE PADRE/MADRE SIN
CUSTODIA O PUTATIVO/A _____

FECHA DE NACIMIENTO DE PADRE/MADRE SIN
CUSTODIA O PUTATIVO/A

MES _____

DÍA _____

AÑO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE PADRE/MADRE
SIN CUSTODIA O PUTATIVO/A _____

E. NOMBRE DEL INDIVIDUO MENOR DE 21 AÑOS DE
EDAD _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE PADRE/MADRE SIN
CUSTODIA O PUTATIVO/A _____

FECHA DE NACIMIENTO DE PADRE/MADRE SIN
CUSTODIA O PUTATIVO/A

MES _____

DÍA _____

AÑO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE PADRE/MADRE
SIN CUSTODIA O PUTATIVO/A _____

Página Original 6

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

SECCIÓN 11 - SITUACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS / DEPENDIENTES –

Seleccione la situación tributaria de cada individuo que
viva en el hogar.

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN TRIBUTARIA

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO APTO)

VIUDO(A) APTO CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN TRIBUTARIA

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO APTO)

VIUDO(A) APTO CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN TRIBUTARIA

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARANCIÓN POR SEPARADO

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO APTO)

VIUDO(A) APTO CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN TRIBUTARIA

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO APTO)

VIUDO(A) APTO CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN TRIBUTARIA

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO APTO)

VIUDO(A) APTO CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN TRIBUTARIA

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARANCIÓN POR SEPARADO

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO APTO)

VIUDO(A) APTO CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACIÓN TRIBUTARIA

SOLTERO(A) _____

CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA _____

CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO APTO)

VIUDO(A) APTO CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

Dependientes tributarios que no vivan 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 esta pregunta.

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

SECCIÓN 12 – INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE AUSENTE / FALLECIDO –

Si el cónyuge de una de las personas que solicitan asistencia vive en otra parte o ha fallecido, indíquelo a continuación.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA
ASISTENCIA _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE _____

FECHA DE FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE, SI
CORRESPONDE _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE _____

DIRECCIÓN DEL CÓNYUGE, SI CORRESPONDE _____

CIUDAD _____

CONDADO _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

SECTION 13 – INFORMACIÓN DE HIJOS AUSENTES –

Si alguna de las personas que solicitan asistencia tiene un hijo menor de 21 años de edad que vive en otra parte, indíquelo a continuación.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA
ASISTENCIA _____

NOMBRE DEL HIJO AUSENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN DEL HIJO (CALLE Y NÚMERO, CIUDAD,
CONDADO, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL) _____

¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?

Sí

No

¿PAGA USTED SUSTENTO DE MENORES?

Sí

No

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA
ASISTENCIA _____

NOMBRE DEL HIJO AUSENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN DEL HIJO (CALLE Y NÚMERO, CIUDAD,
CONDADO, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL) _____

¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?

Sí

No

¿PAGA USTED SUSTENTO DE MENORES?

Sí

No

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA
ASISTENCIA _____

NOMBRE DEL HIJO AUSENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN DEL HIJO (CALLE Y NÚMERO, CIUDAD, CONDADO, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL) _____

¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?

Sí

No

¿PAGA USTED SUSTENTO DE MENORES?

Sí

No

SECTION 14 – INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

¿Hay algún padre o alguna madre menor de 18 años de edad (“padre/madre adolescente”) en el hogar?

Sí

No

Nombre _____

¿El hijo(a) del padre o de la madre adolescente vive en el hogar?

Sí

No

Nombre del hijo(a) del padre o de la madre
adolescente _____

Página Original 7

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

SECCIÓN 15 – INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS:

Indique si usted o alguien que vive con usted recibe
dinero de:

1. Seguro por Desempleo

Sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

2. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (total estatal y federal)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

3. Seguro Social por Discapacidad (SSD)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

4. Subsidio de Dependiente del Seguro Social (SSD)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

5. Seguro Social de Sobreviviente

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

6. Pensión de Jubilación del Seguro Social

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

7. Retiro Ferroviario

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

8. Pensión de Jubilación (pensiones)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

9. Dividendos / Intereses sobre acciones, bonos, ahorros,
etc.

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

10. Compensación laboral

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

11. Subsidios por Discapacidad (Estado de Nueva York)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

12. Pensiones de Veteranos / Ayuda y Atención

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

13. Subsidio de Asistencia Pública

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

14. Asignación de Dependiente GI

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

15. Becas o préstamos educativos

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

16. Contribuciones / Regalos (recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

17. Pagos por Cuidado de Crianza (recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

18. Pagos de Sustento de Menores (recibidos)

Recibidos de: _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

19. Pensión Alimenticia (recibida)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

20. Seguro privado por discapacidad – Ingreso de Póliza de Seguro de Salud / por Accidentes

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

21. Seguro de Atribución sin Culpa (No-Fault Insurance)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

22. Prestaciones sindicales (incluida las prestaciones por huelgas)

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

23. Préstamos no educativos (recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

24. Ingresos de un fideicomiso (incluido los ingresos que actualmente tiene derecho a recibir, o que tuvo derecho a recibir en el pasado, y que aún no han sido pagados)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

25. Asignaciones / Estipendios para capacitación

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

26. Ingresos por alquileres (recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

27. Ingresos de subarrendatarios / huéspedes (recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

Otros Ingresos (Especifique) _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

Otros Ingresos (Especifique) _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

Página Original 8

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

Deducciones: Ciertos métodos presupuestarios de Medicaid permiten que los solicitantes / beneficiarios reduzcan sus ingresos contables con deducciones aplicables a impuestos federales. Estos son gastos específicos que el Servicio de Impuestos Internos (IRS) permite se deduzcan con motivo de reducir el ingreso gravable. Solamente ingrese deducciones en esta sección

si usted piensa declarar dichos gastos en la declaración de impuestos del año en curso.

1. Gastos de educador

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

2. Deducción por cuenta individual de jubilación (IRA)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

3. Deducción por intereses de préstamos estudiantiles

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

4. Colegiaturas y cuotas

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

5. Ciertos gastos de explotación (reservistas, artistas, funcionarios gubernamentales por honorarios)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

6. Deducción por cuenta de ahorros de salud

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

7. Gastos por mudanza relacionada con el trabajo

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

8. Parte deducible del impuesto por empleo independiente
(S/E)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

9. Planes S/E, SIMPLE y otros planes aptos

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

10. Deducción por seguro de salud S/E

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

11. Sanción por retiro anticipado de ahorros

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

12. Pensión alimenticia pagada

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

13. Deducción por actividades productivas domésticas

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

14. Ajustes adicionales añadidos en la línea 36 (Sólo Formulario 1040 del IRS)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

15. Deducción MSA Archer

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

Otros ajustes (Especifique) _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

Otros ajustes (Especifique) _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

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

Responda todas las preguntas siguientes

¿El padrastro / madrastra de cualquiera de los menores que viven con usted tiene recursos o recibe ingresos de cualquier tipo?

SÍ

NO

¿QUIÉN? _____

¿Algún miembro de su hogar es un no ciudadano con situación migratoria satisfactoria que fue patrocinado para su admisión en los Estados Unidos?

Sí

NO

¿QUIÉN? _____

NOMBRE DEL PATROCINADOR: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

Página Original 9

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

SECCIÓN 17 - INFORMACIÓN LABORAL

1. Actualmente estoy:

Empleado

Autoempleado

Desempleado

Ingresos brutos \$ _____

Horas trabajadas al mes _____

(Incluir sueldos, salarios, pago por horas extras, comisiones y propinas)

Pago:

Semanal

Quincenal

Mensual

Día de la semana que recibe el pago: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Número de teléfono. _____

2. Alguien más que viva con usted actualmente está:

Empleado

Autoempleado

Quién: _____

Ingresos brutos \$ _____

Horas trabajadas al mes _____

Pago:

Semanal

Quincenal

Mensual

Día de la semana que recibe el pago: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Número de teléfono _____

3. ¿Tiene disponible un seguro de salud por medio de su empleador?

Sí

No

¿Alguien que viva con usted tiene seguro de salud por medio de un empleador?

Sí

No

Quién: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

4. ¿Usted o alguien que vive con usted tiene gastos por cuidado de un menor o dependiente debido a su empleo?

Sí

No

Quién: _____

5. ¿Usted o alguien que vive con usted tiene otros gastos relacionados con su empleo?

Sí

No

Quién: _____

Página Original 10

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

6. Si no tiene empleo, ¿Cuándo fue la última vez que usted o alguien que vive con usted trabajó?

Quién: _____

¿Cuándo?: _____

Dónde: _____

¿Por qué dejó o dejaron de trabajar? _____

¿Usted o alguien que vive con usted han solicitado prestaciones de seguro por desempleo?

Sí

No

Si respondió Sí, ¿Quién? _____

¿Cuándo?: _____

Situación de la solicitud:

Aprobada

Denegada

Pendiente

7. ¿Usted o alguien que vive con usted está participando en una huelga?

Sí

No

Quién: _____

¿Cuándo comenzó la huelga?: _____

8. ¿Usted o alguien que vive con usted es migrante o trabajador agrícola por temporada?

Sí

No

Quién: _____

9. ¿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?

Sí

No

Quién: _____

Describa las limitaciones: _____

10. ¿Podría aceptar un empleo hoy?

Sí

No

Si no, ¿Por qué? _____

11. ¿Qué tipo de trabajo le gustaría hacer? _____

Página Original 11

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

SECCIÓN 18 – PREPARACIÓN ACADÉMICA / CAPACITACIÓN

1. ¿Cuál es su máximo nivel académico?

Menor al diploma de preparatoria

En ese caso, ¿último grado que terminó? _____

- Terminó un Plan Individualizado de Educación (IEP)
- Diploma de preparatoria o diploma de Equivalencia General (GED) o Prueba para Evaluar la Educación Secundaria (TASC™)
- Título Asociado (2 años de universidad)
- Título de Licenciatura (4 años de universidad) o superior

2. ¿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?

Sí

No

Si respondió que sí, ¿quién?: _____

Título obtenido: _____

Fecha que terminó: _____

Indique si usted o alguien que vive con usted está solicitando o recibiendo asistencia:

3. ¿Está o ha estado en algún programa de capacitación?

Sí

No

Quién _____

Dónde _____

Programa _____

Fechas en que asistió _____

Fechas que terminó _____

4. ¿Tiene 16 años de edad o más y asiste a la escuela o la universidad?

Sí

No

Quién _____

Dónde _____

5. ¿Tiene menos de 16 años de edad y asiste a la escuela?

Sí

No

Quién _____

Escuela _____

Quién _____

Escuela _____

Quién _____

Escuela _____

Quién _____

Escuela _____

SECCIÓN 19 – INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

Indique si usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia:

1. Dispone de dinero en efectivo

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

2. Tiene cuenta(s) corriente(s)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

3. Tiene cuenta(s) de ahorro o certificado(s) de depósito

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

4. Tiene cuenta(s) con alguna cooperativa de crédito
(unión)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

5. Tiene seguro de vida

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

6. Tiene el título de propiedad o el registro de vehículo(s)
automotor(es) o de otro(s) vehículo(s):

Año _____
Marca / Modelo _____
Año _____
Marca / Modelo _____
Otro _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

7. Tiene acciones, bonos, certificados o fondos mutuos

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

8. Tiene bonos de ahorro

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

9. Tiene una cuenta de IRA, Keogh, 401(k) o cuenta(s) de remuneración diferida

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

10. Tiene un fondo fiduciario irrevocable para entierro

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

11. Tiene un fondo para entierro

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

12. Tiene un sitio para entierro

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

13. Tiene casa propia

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

14. Tiene bienes raíces que producen o no producen ingresos

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

15. Tiene derecho a un reembolso de su impuesto sobre la renta

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

16. Tiene una anualidad

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

17. Es el beneficiario de un fondo fiduciario

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

18. Espera recibir algún fondo fiduciario, indemnización por alguna demanda, herencia o ingresos de cualquier otra procedencia

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

19. Tiene cuenta(s) en administración fiduciaria ("in trust")

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

20. Tiene una caja(s) de seguridad

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

21. Tiene otros recursos además de los ya mencionados

SÍ

NO

QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____
QUIÉN _____
MONTO/VALOR _____

22. ¿Alguien (incluido su cónyuge, incluso si no está solicitando asistencia o no vive con usted) ha donado

dinero en efectivo o ha vendido o transferido un inmueble, ingreso o propiedad personal en los últimos 36 meses?

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

23. ¿Alguien (incluido su cónyuge, incluso si no está solicitando asistencia o no vive con usted) ha creado un fideicomiso en el pasado o transferido activos a una cuenta en fideicomiso durante los últimos 60 meses?

Si respondió que sí, ¿Cuándo? _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR _____

SECCIÓN 20 - INFORMACIÓN MÉDICA

Indique si usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia:

1. Tiene facturas médicas o gastos relacionados con atención médica

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

2. Tiene Medicaid con sobrante (spend-down)

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

3. Tiene seguro de salud o seguro hospitalario / contra accidentes (incluso seguros por parte del empleador)

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

Policy NO: _____

AMOUNT: _____

FREQUENCY OF PAYMENT: _____

4. Tiene seguro de salud disponible por medio de un empleador

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

INSURANCE COMPANY NAME: _____

WHO IS COVERED: _____

EFFECTIVE DATE: _____

5. Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul)

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

INSURANCE COMPANY NAME: _____

WHO IS COVERED: _____

EFFECTIVE DATE: _____

6. Tiene un asistente de salud

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

INSURANCE COMPANY NAME: _____

WHO IS COVERED: _____

EFFECTIVE DATE: _____

7. Es ciego(a) o está enfermo(a) o incapacitado(a)

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?

8. Es un menor con una discapacidad del desarrollo

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?

9. Está en un hospital, en un centro de servicios de enfermería o en otra institución médica

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

10. Tiene cuentas médicas, pagas e impagas, de los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

11. Tiene o tuvo una dependencia de drogas o alcohol

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

12. Necesita servicios de cuidado en el hogar o cuidado personal

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

13. Recibe SSI o alguna vez ha solicitado SSI

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

14. Está embarazada

Si está embarazada, fecha esperada de parto: _____

Número esperado de nacimientos: _____

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

15. Recibe tratamiento de un programa por abuso de drogas o alcohol

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

16. No ha podido trabajar por lo menos en 12 meses debido a una discapacidad o enfermedad

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

17. Tiene actividad diaria limitada debido a una discapacidad o enfermedad que ha durado o durará un mínimo de 12 meses

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

18. Ha sufrido un accidente automovilístico o laboral en los últimos dos años

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

19. Alguna agencia gubernamental, (programa público) distinto a Medicaid o Medicare, paga alguna de sus cuentas médicas

Si respondió sí, ¿Cuál agencia? _____

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

20. ¿Acaso el facturar otro seguro de salud pone en peligro su salud o integridad física, emocional, o interferirá con la privacidad y confidencialidad de su solicitud o su recepción de Medicaid?

SÍ

NO

SI RESPONDÍO SÍ, ¿QUIÉN? _____

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

La mayoría de las personas inscritas en Medicaid están obligadas a afiliarse a un plan de cuidado administrado, 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 marque el 1-800-505-5678.

Nombre del plan al que se está afiliando _____

Apellido _____

Primer nombre _____

Fecha de nacimiento mm/dd/aa _____

Sexo M/F _____

Número de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene) _____

Número de seguro social (opcional si está embarazada)

Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud
(marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre y número de identificación del obstetra y ginecólogo (OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre del plan al que se está afiliando _____

Apellido _____

Primer nombre _____

Fecha de nacimiento mm/dd/aa _____

Sexo M/F _____

Número de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene) _____

Número de seguro social (opcional si está embarazada) _____

Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud (marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre y número de identificación del obstetra y ginecólogo (OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre del plan al que se está afiliando _____

Apellido _____

Primer nombre _____

Fecha de nacimiento mm/dd/aa _____

Sexo M/F _____

Número de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene) _____

Número de seguro social (opcional si está embarazada) _____

Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud (marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre y número de identificación del obstetra y ginecólogo (OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre del plan al que se está afiliando _____

Apellido _____

Primer nombre _____

Fecha de nacimiento mm/dd/aa _____

Sexo M/F _____

Número de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene) _____

Número de seguro social (opcional si está embarazada)

Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud
(marque la casilla si es el proveedor actual) _____

Nombre y número de identificación del obstetra y
ginecólogo (OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor
actual) _____

SECTION 21 - ALOJAMIENTO

¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU ARRENDADOR? _____

¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DE SU ARRENDADOR?

¿CUÁL ES EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU
ARRENDADOR? (_____) _____

¿Usted o alguien que vive con usted tiene gastos de
alquiler, hipoteca, u otros gastos relacionados con el
alojamiento?

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

¿Usted o alguien que vive con usted paga calefacción adicional a su alquiler u otros gastos relacionados con el alojamiento?

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

Página Original 15

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

SECTION 21 - ALOJAMIENTO (CONT.)

¿Usted o alguien que vive con usted paga los siguientes gastos adicionales al alquiler u otros gastos relacionados con el alojamiento?

1. Electricidad (para usos distintos a la calefacción; por ejemplo: luz, cocina, agua caliente, etc.)

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

2. Gas natural (para usos distintos a la calefacción; por ejemplo: cocina, agua caliente, etc.)

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

3. Agua

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

4. Aire acondicionado

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

5. Propano (para usos distintos a la calefacción)

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

6. Alcantarillado

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

7. Basura

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

8. Otros servicios y gastos básicos

Especifique _____

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

9. ¿Vive en una vivienda pública?

SÍ

NO

10. ¿Vive en una vivienda de la Sección 8, de HUD o en alguna otra vivienda subsidiada?

SÍ

NO

11. ¿Vive en una institución para tratamiento por drogas o alcohol?

SÍ

NO

INFORMACIÓN ADICIONAL

SECTION 22 - OTROS GASTOS

Indique si usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia:

1. Paga sustento de menores

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ SÍ, MONTO \$ _____

2. Paga pensión alimenticia

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ SÍ, MONTO \$ _____

3. Paga guardería

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ SÍ, MONTO \$ _____

4. Paga por cuidado de dependientes

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ SÍ, MONTO \$ _____

5. Paga colegiaturas, cuotas u otros gastos educativos

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ SÍ, MONTO \$ _____

6. Tiene gastos adicionales (por ejemplo: pagos de automóvil, pagos del seguro automotriz, pagos de tarjeta de crédito, pagos de otros préstamos, etc.)

Especifique: _____

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ SÍ, MONTO \$ _____

7. ¿Usted o alguien que vive con usted y que está solicitando asistencia deben al menos cuatro meses de manutención para un hijo menor de 21 años de edad?

SÍ

NO

SECCIÓN 23 - INFORMACIÓN ADICIONAL

8. ¿Compra o piensa comprar comidas de un servicio de entrega a domicilio o de un servicio comunitario?

SÍ

NO

9. ¿Puede cocinar o preparar comidas en casa?

SÍ

NO

10. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?

¿Quién? _____

SÍ

NO

11. ¿Su cónyuge ha pertenecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?

SÍ

NO

12. ¿Algún miembro de su hogar es dependiente de alguien que sirve o ha servido en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?

¿Quién? _____

SÍ

NO

13. ¿Usted o alguien que vive con usted recibe ahora asistencia o servicios?

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

TIPO DE ASISTENCIA _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

TIPO DE ASISTENCIA _____

14. ¿Usted o alguien que vive con usted recibió asistencia o servicios en el pasado?

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? (incluya todos los nombres previos) _____

TIPO DE ASISTENCIA _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? (incluya todos los nombres previos) _____

TIPO DE ASISTENCIA _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? (incluya todos los nombres previos) _____

TIPO DE ASISTENCIA _____

INFORMACIÓN ADICIONAL (CONT.)

¿Usted o alguien que vive con usted y que solicita asistencia se ha mudado a este condado desde otro condado del Estado de Nueva York en los últimos dos meses?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o alguien que vive con usted alguna vez ha sido declarado culpable o ha sido inhabilitado para recibir Asistencia Pública o para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) debido a fraude o infracciones intencionales al programa?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o alguien que vive con usted ha recibido beneficios a los que no tenía derecho y los cuales no han sido reintegrados en su totalidad a esta u otra agencia?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por hacer una afirmación o representación fraudulenta de su lugar de residencia para recibir Asistencia Pública en dos o más Estados?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por recibir de manera fraudulenta subsidios SNAP por duplicado en otros Estados después del 22 de septiembre de 1996?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender subsidios SNAP por un monto total de \$500 o más después del 22 de septiembre de 1996?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar subsidios SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar está fugitivo con el fin de evitar un proceso penal, la custodia o el confinamiento tras ser condenado por un delito grave o por una tentativa de delito grave, y está siendo perseguido activamente por fuerzas policíacas?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar está infringiendo libertad condicional o libertad bajo palabra según una orden judicial?

SÍ

NO

QUIÉN _____

ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDADES

He

No he

vendido, traspasado o cedido alguna propiedad mía a alguien más para adquirir subsidios de Asistencia Pública o de SNAP.

Página Original 17

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

Esta página fue intencionalmente dejada en blanco

Página Original 18

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

NOTIFICACIONES, CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

RECOPIACIÓN Y USO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL – Se autoriza la recopilación del número de seguro social (SSN) de cada miembro del grupo familiar con relación al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), según los términos de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (con enmiendas). Toda persona que solicite SNAP debe proporcionar un SSN para poder recibir el subsidio. Si usted o las personas que

solicitan asistencia no tienen un SSN, deben solicitar uno ante la Administración del Seguro Social (visite www.SSA.gov o marque el 1-800-772-1213).

Con relación a todos los demás programas para los que este formulario de solicitud requiere un SSN, su recopilación es también obligatoria y está autorizada conforme a una o más de las siguientes disposiciones: Sección 205(c) de la Ley de Seguro Social (42 U.S. Code 405), Sección 1137 de la Ley de Seguro Social (42 U.S Code 1320b-7) y Sección 7 (a)(2) de la Ley de Privacidad de 1974. Consulte el instructivo (PUB-1301 Statewide) o hable con su distrito de servicios sociales si tiene preguntas.

La información que recopilamos se usará para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos o sigue cumpliendo con los requisitos necesarios para recibir asistencia o subsidios. La información se utilizará para: comprobar identidad; verificar los ingresos salariales y no salariales; determinar si los padres ausentes pueden obtener cobertura de seguro de salud para los solicitantes o beneficiarios; determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden obtener sustento de menores o pensión alimenticia; y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda.

Verificaremos dichos datos con programas informáticos de cruzamiento de datos. Estos datos también serán utilizados para verificar el cumplimiento de las normas del programa y para la administración de dicho programa. Además de utilizar la información que nos proporcione de esta manera, el Estado utilizará la información para preparar estadísticas referentes a todas las personas que reciban subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP) (ver más adelante).

Esta información se podrá divulgar a otras agencias estatales y federales con el propósito de llevar a cabo un análisis oficial y a los cuerpos policíacos con el fin de capturar a prófugos de la justicia. La información que se recopile con respecto a los solicitantes y beneficiarios de Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad, incluidos los números de seguro social (SSN), se podrá utilizar para ayudar en la formación de grupos de selección de jurados. Si se presenta una reclamación de SNAP en contra de su grupo familiar, los datos recopilados en esta solicitud, incluidos los números de seguro social, podrán ser transmitidos a las agencias estatales y federales, así como a entidades privadas de cobranza, para ejecutar el cobro de la reclamación.

Los SSN de los miembros del hogar que no sean aptos también se utilizarán y divulgarán de la forma descrita anteriormente.

Además de utilizar la información que nos proporcione de la manera antes descrita, el Estado también utiliza la información para preparar estadísticas referentes a todas las personas que reciban subsidios de HEAP. La información es utilizada por el Estado para fines de control de calidad con motivo de cerciorarse de que los distritos de servicios sociales están haciendo el mejor trabajo posible. Se utiliza para verificar su proveedor de energía y para hacer ciertos pagos a dichos proveedores.

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS – A esta institución se le prohíbe discriminar sobre la base de raza, color de piel, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, y en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación sobre la base de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o como represalia por actividades anteriores relacionadas con derechos civiles relativas a todo programa o actividad administrada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidad que requieran otros métodos de comunicación (por eje., Braille, tipografía grande, lenguaje americano de señas, etc.) con el fin de recibir información sobre programas, deben comunicarse con la agencia (estatal o local) de la cual solicitan los subsidios. Los individuos que padezcan de sordera o tengan impedimentos auditivos o discapacidades del habla, pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, puede obtener información sobre los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Si desea presentar una queja contra el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por discriminación, llene el formulario de queja de discriminación por un programas de USDA (AD-3027) el cual encontrará en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA o mande una carta dirigida a USDA en la cual suministra todos los datos solicitados en el formulario. Si desea solicitar una copia del formulario de queja, marque el (866) 632-9992. Envíe su formulario lleno o su carta al USDA por:

1. Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
2. Fax: (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Página Original 19

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

Si desea más información sobre cómo resolver cuestiones relacionadas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), marque el número de teléfono de la línea de ayuda de SNAP / USDA (800) 221-5689, donde le atenderán en español, o marque los números de información y ayuda de los Estados (haga clic en el enlace para ver una lista de números de ayuda por Estado) los cuales encontrará en línea en:
http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Si desea presentar una queja por discriminación con relación a un programa que recibe asistencia financiera federal por medio del Departamento de Salud y Servicios

Humanos de Estados Unidos (HHS), mande una carta a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; o marque el (202) 619-0403 (voz) o el (800) 537 7697 (TTY).

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

El Estado de Nueva York también prohíbe la discriminación sobre la base de identidad de género, condición de transgénero, disforia de género, orientación sexual, estado civil, estado militar, situación de víctima de violencia intrafamiliar, condiciones relacionadas con el embarazo, características genéticas predisponentes, previos arrestos o condenas, estado familiar y retaliación por oponerse a prácticas discriminatorias ilegales.

CONSENTIMIENTO PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN – Acepto que se realicen investigaciones con motivo de verificar o confirmar la información que he proporcionado junto con mi solicitud de subsidios de Asistencia Pública (PA), Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), subsidio del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar, Servicios o de Asistencia de Cuidado de Niños. Proporcionaré información adicional, de ser necesario. También cooperaré enteramente con el

personal federal y estatal en toda revisión de control de calidad de PA o SNAP.

Si estoy solicitando SNAP, comprendo que el distrito de servicios sociales solicitará y utilizará la información disponible en el Sistema de Verificación de Ingresos y Habilitación para investigar mi solicitud, y que podrá verificar la información por medio de contactos colaterales si detecta discrepancias. También comprendo que esta información puede afectar mi habilitación para recibir SNAP o el nivel de subsidios de SNAP que reciba.

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PERTINENTE AL SEGURO POR DESEMPLEO – Autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (DOL) a divulgar toda información confidencial que tenga referente al Seguro por Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Esta información puede incluir reclamaciones de prestaciones de seguro por desempleo e información salarial. Comprendo que OTDA, junto con sus empleados de las agencias locales y estatales y las oficinas de distritos de servicios sociales, utilizarán la información

referente al seguro por desempleo con motivo de establecer o verificar la habilitación y el monto de Asistencia Pública, Medicaid, subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar o Asistencia para Cuidado de Niños, tal como se solicitan en esta solicitud, y con motivo de realizar investigaciones destinadas a determinar si recibí subsidios a los que no tenía derecho. OTDA también puede compartir la información con la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (OCFS, por sus siglas en inglés) y con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH, por sus siglas en inglés). OCFS utilizará la información para supervisar el programa de Asistencia para Cuidado de Niños.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A PROVEEDORES DE SERVICIOS – Otorgo mi permiso al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para que comparta la información relacionada con los subsidios de Asistencia Pública y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria que hayamos recibido yo o cualquier miembro de mi hogar por los que yo pueda otorgar legalmente la autorización para efectos de verificar mi habilitación para los servicios y pagos

relacionados con la administración del programa que hayan sido proporcionados por un contratista estatal o local. Estos servicios pueden incluir, pero no se limitan a, servicios de colocación laboral o capacitación que se proporcionen para ayudarme a mí o a miembros de mi hogar a conseguir y conservar un empleo.

INFORME DE CAMBIOS – Acepto informar a la agencia **de manera expedita** sobre cualquier cambio en mi dirección, necesidades, ingresos y propiedades, mi situación como adulto habilitado para trabajar sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés), situación de embarazo o alojamiento, con base en conocimientos y evidencias.

Si estoy solicitando Asistencia para Cuidado de Niños, acepto informar a la agencia **de inmediato** sobre cualquier cambio en los ingresos de la familia, en quién vive en mi hogar, en el empleo y en los arreglos para el cuidado de menores, y de otros cambios que puedan afectar la continuidad de mi habilitación o el monto de mis subsidios.

SANCIONES – Las leyes estatales y federales estipulan multas, cárcel o ambas si usted no dice la verdad al solicitar Asistencia Pública, Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Servicios o

Asistencia para Cuidado de Niños (Asistencia, Subsidios o Servicios) o cuando se le interrogue en referencia a su habilitación, o si hace que alguien más no diga la verdad respecto a su habilitación y a la continuidad de su habilitación. También se imponen sanciones si usted oculta o no revela hechos referentes a su habilitación inicial, y a la continuidad de la misma, para Asistencia, Subsidios o Servicios, o si oculta o no revela hechos que afectarían el derecho de alguien para el que ha solicitado asistencia a obtener o seguir recibiendo Asistencia, Subsidios o Servicios. Si usted es un representante autorizado, la Asistencia, Subsidios o Servicios deben ser utilizados para la otra persona y no para usted. Las leyes estatales y federales estipulan que cualquier transferencia de activos por un valor inferior al del mercado que sea realizada por un individuo o por su cónyuge, en los 60 meses previos al primer día del mes en el que el individuo reciba servicios de un centro de servicios de enfermería y haya presentado una solicitud de Medicaid, puede hacer que el individuo sea no apto para los servicios del centro de enfermería o para servicios de exención en el hogar y en la comunidad durante cierto tiempo. Es ilegal obtener Asistencia, Subsidios o Servicios ocultando información o proporcionando información falsa.

SANCIONES DE INHABILITACIÓN RELATIVAS AL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA

SUPLEMENTARIA – Toda la información que proporcione en relación con su solicitud de subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) estará sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. De encontrarse información incorrecta, podría denegársele el subsidio SNAP. Usted podría estar sujeto a un proceso penal si proporciona intencionalmente información incorrecta que afecte su habilitación o el monto de sus subsidios. Toda persona que sea condenada por un delito grave por utilizar, transferir, adquirir, alterar o poseer intencionalmente tarjetas de autorización o dispositivos de acceso de SNAP puede recibir una multa de hasta \$250,000, ser encarcelada hasta por 20 años, o ambas. La persona puede también estar sujeta a un proceso de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables. Toda persona que esté violando una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra, y toda persona que esté prófuga con el fin de evitar un proceso penal, custodia o confinamiento por un delito grave y que sea buscada activamente por

cuerpos policíacos, no es apta para recibir subsidios de SNAP.

Puede ser declarado no apto para recibir SNAP, o puede determinarse que ha cometido una infracción intencional del programa (IPV, por sus siglas en inglés) si hace una afirmación falsa o engañosa, o si distorsiona, oculta o evita revelar hechos con el fin de habilitar para recibir subsidios u obtener más subsidios; si compra un producto con subsidios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo descartando el producto y devolviendo el envase para cobrar el depósito; o si comete o intenta cometer un acto que constituya una violación de las leyes estatales o federales con el fin de utilizar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o comerciar con fondos de subsidios SNAP, con tarjetas de autorización o con documentos reutilizables que se utilicen como parte del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). Además, las siguientes acciones no están permitidas, y podría ser inhabilitado de recibir subsidios SNAP o estar sujeto a sanciones por acciones tales como:

- Utilizar fondos de subsidio SNAP para comprar artículos no alimenticios, como alcohol o cigarrillos;

- Utilizar fondos de subsidio SNAP para pagar alimentos que compró previamente a crédito;
- Permitir que alguien más utilice su tarjeta de EBT a cambio de efectivo, armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas, o para comprar alimentos para individuos que no sean miembros de su hogar de SNAP; o
- Utilizar o poseer tarjetas de EBT que no le pertenezcan, sin el consentimiento del titular de la tarjeta.

Los individuos que sean sorprendidos cometiendo una IPV, ya sea por medio de una audiencia administrativa de inhabilitación ante un tribunal federal, estatal o local, o que hayan firmado una renuncia a su derecho a una audiencia administrativa de inhabilitación o un acuerdo de consentimiento de inhabilitación en los casos derivados para proceso penal, no serán aptos para participar en SNAP por un período de:

- 12 meses por la primera IPV de SNAP;
- 24 meses por la segunda IPV de SNAP;
- 24 meses por la primera IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que el individuo

utilizó o recibió subsidios de SNAP en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada (fármacos ilegales o ciertos fármacos para los que se requiere la receta de un médico); o

- 120 meses si se determina que el individuo hizo una declaración fraudulenta respecto a quién es o dónde vive, con el objeto de obtener múltiples subsidios de SNAP simultáneamente, a menos que esté inhabilitado permanentemente por una tercera IPV de SNAP.

Además, un tribunal puede prohibirle a un individuo que participe en SNAP por 18 meses adicionales.

Un individuo puede ser inhabilitado permanentemente de recibir subsidios de SNAP por:

- La primera IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que el individuo utilizó o recibió subsidios de SNAP en una transacción que involucró la venta de armas de fuego, municiones o explosivos;
- La primera IPV de SNAP sobre la base de una condena ante un tribunal por el tráfico de subsidios de SNAP por un monto total de \$500 o más (el tráfico incluye el uso, la transferencia, la adquisición, la alteración o la

posesión ilegal de tarjetas de autorización o dispositivos de acceso de SNAP);

- La segunda IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que el individuo utilizó o recibió subsidios de SNAP en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada (fármacos ilegales o ciertos fármacos para los que se requiere la receta de un médico); o bien,
- Una tercera IPV de SNAP.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR / COMPROBAR LOS GASTOS DEL HOGAR

– Su hogar debe reportar los gastos de cuidado de niños y servicios básicos con el fin de recibir una deducción por parte del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por dichos gastos. Su hogar deberá reportar y comprobar los gastos de alquiler o hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y de sustento de menores pagados a una persona que no sea integrante del grupo familiar, con el propósito de recibir deducciones de SNAP por dichos gastos. La omisión de reportar o comprobar los gastos mencionados, se interpretará como una manifestación de que su hogar no quiere recibir una deducción por los gastos no reportados o comprobados. Una deducción por

estos gastos podría hacerlo apto para recibir SNAP o podría incrementar sus subsidios de SNAP. Puede reportar o comprobar estos gastos más adelante, en cualquier momento. La deducción se aplicará entonces al cálculo de los subsidios de SNAP para los meses futuros, según las normas vigentes sobre informe de cambios (Vea Informe de Cambios, más arriba).

Página Original 21

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA

SUPLEMENTARIA – Usted puede autorizar a alguien que conozca la situación de su hogar para que solicite los subsidios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria por usted. También puede autorizar a una persona que no pertenezca a su hogar para que solicite los subsidios de SNAP por usted, o para que los utilice para comprar alimentos para usted. Si desea autorizar a una persona, debe hacerlo por escrito. Puede autorizar a alguien escribiendo en el espacio siguiente su nombre, dirección y número de teléfono en letra de molde, y haciendo que la persona firme en el espacio correspondiente al final de esta solicitud. Cuando un representante autorizado presenta una solicitud en

nombre de un hogar de SNAP que no resida en una institución, tanto el representante autorizado como un adulto responsable que sea miembro del hogar deben firmar y poner la fecha en la sección de firmas al final de esta solicitud, a menos que el hogar de SNAP haya designado por escrito al representante autorizado para que lo haga.

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (EN LETRA DE MOLDE): _____

SUBSIDIO ESTÁNDAR PARA SERVICIOS BÁSICOS –

Entiendo que los beneficiarios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) son aptos sobre la base de sus ingresos para recibir el subsidio del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). También entiendo que si no he recibido un subsidio de HEAP superior a \$20 en el mes actual o en los 12 meses anteriores, o un subsidio similar de asistencia de energía, debo pagar la calefacción o aire acondicionado por separado de mi alquiler para poder recibir el subsidio estándar de servicios básicos de calefacción y aire acondicionado (una deducción) relativa al subsidio SNAP. Entiendo que el Estado utilizará mi número de seguro social para verificar con los

proveedores de energía de mi vivienda si he recibido HEAP. Esta autorización incluye mi permiso para que cualquiera de los proveedores de energía de mi hogar (incluida mi compañía de servicios eléctricos) divulguen a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, ciertos datos estadísticos, incluidos aunque sin carácter limitativo, mi consumo anual de electricidad, el costo de la electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos, con el fin de calcular el rendimiento del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar para Beneficiarios de Bajos Ingresos.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA – Consiento a la divulgación de toda la información médica referente a mí, y a los miembros de mi familia por los que puedo otorgar consentimiento, a mi proveedor de atención primaria, a cualquier otro proveedor de servicios de salud, o al Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH), a mi plan de salud y a cualquier proveedor de servicios de salud que participe en mi cuidado o en el de mi familia, hasta donde sea razonablemente necesario

para que mi plan de salud o mis proveedores realicen operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud; de mi plan de salud y cualquier proveedor de servicios de salud al DOH y a otras agencias federales, estatales y locales autorizadas, para efectos de administración de Medicaid; y de mi plan de salud a otras personas u organizaciones, hasta donde sea razonablemente necesario para que mi plan de salud realice operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Autorizo la divulgación de toda la información de salud referente a mí, y a todos los miembros de mi familia para los que puedo otorgar autorización legal, en relación con la prestación de asistencia y servicios y a mi capacidad para participar en actividades laborales, incluyendo el empleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA), a la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, o al distrito local de servicios públicos, hasta donde sea razonablemente necesario para la prestación de beneficios de Asistencia Pública; para servicios, incluyendo servicios de bienestar infantil; para determinar la asignación apropiada de trabajos; para determinar la necesidad de solicitar y para solicitar subsidios de SSI; para establecer los planes apropiados de tratamiento destinados a restaurar la capacidad de trabajar; y para determinar la habilitación de poder recibir

exenciones del límite estatal de sesenta meses para la recepción de asistencia en efectivo. Si estoy obligado a solicitar prestaciones administradas por la Administración del Seguro Social, la información arriba especificada puede ser compartida con esa entidad. También acepto que la información divulgada puede incluir información sobre VIH, salud mental y abuso de alcohol y sustancias referente a mí y a los miembros de mi familia, hasta donde lo permita la ley, a menos que marque una de las opciones siguientes. Si más de un adulto de la familia se afilia a un plan de salud de Medicaid, es necesario que cada adulto que presente solicitud firme el consentimiento para divulgar su información. Entiendo que mi capacidad de consentir a la divulgación de información relacionada con cualquier menor de edad para el que yo otorgue consentimiento tiene los mismos límites que los aplicables a la información que puedo obtener en su nombre sobre tratamientos, diagnósticos y procedimientos.

_____ No divulgar información sobre VIH/SIDA

_____ No divulgar información sobre drogas y alcohol

_____ No divulgar información sobre salud mental

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A LOS SUMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD –

Autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir los datos con los suministradores de servicios de salud, como lo designe el distrito de servicios sociales o el Estado de Nueva York, relacionados con los subsidios de Asistencia Pública que yo o algún miembro de mi grupo familiar beneficiario a quien legalmente le pueda dar autorización haya recibido o habilite para recibir, con el propósito de mejorar la calidad de mi cuidado de la salud y bienestar general, y para facilitar el otorgamiento de subsidios adicionales, para los cuales yo u otros miembros de mi grupo familiar podríamos habilitar.

Página Original 22

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

DIVULGACIÓN DE REGISTROS EDUCATIVOS – Otorgo mi permiso al Departamento de Salud del Estado de Nueva York y al distrito de servicios sociales para:

- 1) obtener toda información referente a los registros educativos referentes a mí y a mi(s) hijo(s) menor(es) de edad, aquí mencionados, incluyendo la información necesaria para reclamar reembolsos de Medicaid para servicios educativos relacionados con la salud; y 2) proporcionar a la agencia apropiada del gobierno federal

acceso a esta información para el propósito exclusivo de realizar auditorías.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA – Si mi hijo(a) es evaluado para participar o participa en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir la información de habilitación para recibir Medicaid de mi hijo(a) con el Programa de Intervención Temprana de mi condado o gobierno local para realizar la facturación a Medicaid.

PROGRAMA DE SALUD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES – Comprendo que si mi hijo(a) tiene Medicaid, puede obtener cuidado primario y preventivo completo, incluido todos los tratamientos necesarios por medio del Programa de Salud de Niños y Adolescentes. Puedo obtener más información sobre este programa del distrito de servicios sociales.

MEDICARE- Autorizo que los pagos bajo el programa de "Medicare" (Parte B del Título XVIII, Programa Suplementario de Seguro Médico) se hagan directamente a los médicos y a los proveedores de suministros médicos con relación a toda factura futura impaga por servicios

médicos y por servicios de salud que se me suministren mientras soy apto(a) para recibir Medicaid.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

MEDICAID – Usted tiene derecho, como parte de su solicitud de Medicaid, o en los dos años posteriores a la presentación de su solicitud, de requerir el reembolso de los gastos que usted incurrió por atención médica, servicios y suministros médicos cubiertos que haya recibido durante los tres meses previos al mes en que presentó su solicitud. Una vez presentada su solicitud, sólo se tramitarán reembolsos de gastos por atención médica, servicios y suministros médicos cubiertos si fueron adquiridos con proveedores afiliados a Medicaid.

CESIÓN DE SEGUROS / OTROS SUBSIDIOS Y PAGO

DIRECTO – Con relación al programa de Asistencia Pública y Medicaid, acepto presentar todas las reclamaciones por prestaciones de seguros de salud y accidentes, y procesar todas las reclamaciones por lesiones personales o cualquier otro recurso al que tenga derecho, y por este medio le cedo tales derechos en su totalidad al distrito de servicios sociales al que se presenta esta solicitud. Además, ayudaré a poner todas las prestaciones cedidas a disposición del distrito de servicios sociales ante el cual se presenta esta solicitud.

Autorizo a que los pagos que se me adeuden a mí, o a un miembro de mi grupo familiar por seguros de salud o accidente, se remitan directamente al distrito de servicios sociales apropiado, como pagos correspondientes a los servicios médicos y demás servicios de salud suministrados mientras fuimos aptos para recibir Medicaid.

RECUPERACIÓN DE MEDICAID – Al afiliarse a Medicaid, podría aplicarse un gravamen y solicitarse la recuperación de su patrimonio inmobiliario bajo ciertas circunstancias, si se encuentra internado en una institución médica y no se pronostica que regrese a su hogar. Los pagos que haya hecho MA a su favor podrían ser recuperados de personas que tenían la responsabilidad legal de su manutención en el momento en que se prestaron los servicios médicos. MA también puede recuperar el costo de los servicios y las primas pagadas de manera incorrecta.

Entiendo que a partir del 1 de abril de 2014, si recibo Medicaid por medio de New York State of Health:

- No se colocará un gravamen en mi patrimonio inmobiliario antes de mi muerte.

- La recuperación de los activos de mi patrimonio se limita al monto que Medicaid pagó por el costo del cuidado en un centro de enfermería, por servicios en el hogar y la comunidad, y por servicios relacionados con hospitales y medicamentos de prescripción recibidos a partir de cumplir los 55 años.

RECUPERACIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA – La Asistencia Pública (PA) que usted reciba y la que reciban las personas de las cuales usted es legalmente responsable de mantener, se pueden recuperar por medio de sus bienes inmuebles o los fondos que usted posea o que adquiera en el futuro. Se le podría exigir, como requisito para recibir PA, que formalice una transferencia de escritura o hipoteca sobre su propiedad inmueble. Se podrán retener sus reembolsos tributarios y parte de las ganancias obtenidas en sorteos de lotería para pagar su deuda de PA.

Página Original 23

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

AUTORIZACIÓN PARA REINTEGRAR LOS SUBSIDIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA CON PAGOS RETROACTIVOS DE SEGURIDAD DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS (SSI) Autorizo al comisionado de la

Administración del Seguro Social (SSA) a utilizar mi primer pago de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (mi pago retroactivo de SSI) para reembolsar al distrito local de servicios sociales (SSD) por la asistencia pública que el SSD me pague con fondos estatales o locales mientras la SSA decide si soy apto(a) para recibir SSI. La SSA no reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que se pagó utilizando fondos federales.

Esta autorización sólo me obligará si el Estado notifica a la SSA y si yo y un representante del SSD la han firmado. El Estado debe notificar dentro de un plazo de 30 días calendarios contados a partir de que haya vinculado mi expediente de SSI con mi expediente estatal. La SSA no aceptará la notificación después de 30 días calendario. En cambio, la SSA me enviará mi pago retroactivo de SSI de acuerdo con las reglas de la SSA.

Sólo se puede utilizar mi primer pago de SSI. Si mi primer pago es mayor al monto adeudado a la SSA, se me enviará el monto restante según las normas establecidas.

La SSA puede reembolsar al SSD en dos situaciones:

1. Reembolsará al SSD si solicito SSI y la SSA determina que soy apto(a).

2. Reembolsará al SSD si mis subsidios de SSI son restaurados después de haber sido cancelados o suspendidos.

La SSA sólo reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que me haya pagado mientras estaba esperando la determinación de habilitación de la SSA. Esto se llama «Asistencia Temporal». El período inicial: 1) con el primer mes en el que yo reúna los requisitos para recibir el pago de subsidios de SSI; o 2) el primer día en que se restaure mi SSI después de haber sido suspendido o cancelado. El período incluye el mes en que los pagos de SSI comienzan. Si el SSD no puede detener mi último pago de Asistencia Pública, el período termina el mes siguiente.

A más tardar 10 días después de que la SSA reembolse al SSD, este debe enviarme una notificación del monto de asistencia temporal pagada. La notificación también me informará que la SSA me enviará una carta para informarme que el dinero restante de SSI que se me adeuda será enviado a la SSA, y sobre cómo puedo apelar la decisión ante el Estado si no estoy de acuerdo con ella.

De acuerdo con las reglas de SSA, se puede usar la fecha en que yo firme esta autorización como la fecha en la que

soy apto(a) para recibir SSI por primera vez. Sólo se hará si solicito SSI en los próximos 60 días.

Esta autorización aplica a toda solicitud o apelación de SSI que tenga pendiente actualmente ante la SSA. Esta autorización terminará si mi caso de SSI llega a una conclusión definitiva. Termina cuando la SSA me paga por primera vez. El Estado y yo también podemos acordar la terminación de la autorización. Debo firmar una nueva autorización que cumpla con las reglas del Estado de Nueva York, si yo vuelvo a solicitar SSI después de que termine una autorización, o si presento una nueva reclamación de SSI mientras aún tengo pendiente una solicitud o apelación de SSI.

Se me dará la oportunidad de tener una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión adoptada por el SSD con relación al reembolso.

Recibí una copia del folleto titulado «Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales». Entiendo lo que dice sobre Asistencia Temporal.

MANUTENCIÓN – La solicitud o la recepción de Asistencia para Familias (FA), Asistencia Red de Seguridad (SNA) o Cuidado de Crianza según Título IV-E, constituye una cesión al Estado y al distrito de servicios

sociales de todo derecho de manutención de cualquier otra persona que el solicitante o beneficiario pueda tener por derecho propio o en nombre de otro miembro de la familia para el que el solicitante o beneficiario esté solicitando o recibiendo asistencia (Ley de Servicios Sociales, Secciones 158 y 348). Esta cesión se limita a ciertas situaciones. Otras secciones de esta solicitud contienen cesiones adicionales.

CESIÓN DE DERECHOS DE MANUTENCIÓN – Cedo al Estado y al distrito de servicios sociales todo derecho que yo tenga a recibir manutención de las personas legalmente responsables de mi manutención, y todo derecho que yo tenga de manutención en nombre de cualquier miembro de mi familia para el que estoy solicitando o recibiendo asistencia. Cuando solicite o reciba Asistencia para Familias o Asistencia Red de Seguridad, mi cesión de los derechos de manutención estará limitada a la manutención que se acumule durante el periodo en que yo o el miembro de mi familia hayamos recibido asistencia. Sin embargo, todos los derechos de manutención que cedí al Estado en nombre mío o de un miembro de mi familia antes del 1 de octubre de 2009, siguen asignados al Estado.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA EL HOGAR – Entiendo que al firmar esta solicitud / certificación, consiento a que se realice una investigación con el fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, como también permiso para que se realicen otras investigaciones por parte de agencias gubernamentales autorizadas en relación con los subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). También doy mi permiso para que la información proporcionada en esta solicitud sea utilizada en derivaciones a programas disponibles de asistencia para preparación de viviendas para la intemperie y a programas para personas con bajos ingresos ofrecidos por mi compañía de servicios públicos.

Entiendo que el Estado utilizará mi número de seguro social para verificar con los proveedores de energía de mi vivienda si he recibido HEAP. Esta autorización incluye mi permiso para que cualquiera de los proveedores de energía de mi hogar (incluida mi compañía eléctrica) divulguen a la NYS Office of Temporary and Disability Assistance al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, ciertos datos estadísticos, entre ellos aunque sin carácter limitativo, mi consumo anual de electricidad, el

costo de la electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos, con el propósito de calcular el rendimiento del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar para Beneficiarios con Bajos Ingresos.

Página Original 24

LDSS-2921 LP Statewide SP (Rev. 07/20)

INFORMACIÓN SOBRE AGRESIÓN SEXUAL – Si usted es una víctima de agresión sexual, tiene derecho a solicitar información sobre derivaciones al distrito de servicios sociales. Si solicita información sobre derivaciones, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle las direcciones y números de teléfono de todos los: 1) hospitales locales que ofrezcan servicios de examen forense para agresiones sexuales certificados por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York 2) centros locales de emergencia por casos de violación; y 3) servicios locales de abogacía, terapia, asesoría y líneas directas de ayuda para víctimas de agresión sexual. Además, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle los números de las líneas directas de ayuda del Estado de Nueva York donde atienden situaciones de agresión sexual y violencia intrafamiliar: (800) 942-6906 y (800) 818-0656 (TTY).

CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS – Si estoy solicitando Asistencia para Cuidado de Niños, certifico que los recursos de mi familia no exceden de \$1,000,000.

He leído y entiendo las notificaciones anteriores. Entiendo y consiento a las cesiones, autorizaciones y consentimientos arriba descritos. Juro o afirmo so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito de servicios sociales está completa y es exacta.

FIRMA DEL SOLICITANTE x _____

FECHA DE FIRMA _____

FIRMA DEL CÓNYUGE O REPRESENTANTE PROTECTOR x _____

FECHA DE FIRMA _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO x _____

FECHA DE FIRMA _____

SOLAMENTE LLENE LO SIGUIENTE SI QUIERE RETIRAR SU SOLICITUD PARA UNO O MÁS PROGRAMAS.

Consiento en retirar mi solicitud de:

- Asistencia Pública (PA)**
- Cuidado de Niños en lugar de PA**
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)**
- Medicaid y SNAP**
- Medicaid y PA**
- Servicios, incluido el Cuidado de Crianza**
- Asistencia para Cuidado de Niños**
- Sólo asistencia de emergencia**

Entiendo que puedo volver a presentar mi solicitud en cualquier momento.

FIRMA DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE

AUTORIZADO x _____

FECHA DE FIRMA _____



THE GREAT SEAL OF THE STATE OF NEW YORK

Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de Nueva York

“Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿quisiera presentar la solicitud para registrarse aquí hoy?”.

SÍ Si marcó **SÍ**, complete la **SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE** de abajo

NO, porque opté por no registrarme **O**

Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual **O**

Solicité y recibí un formulario de registro por correo

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

Firma _____

Fecha _____

Escriba su nombre en letra de molde _____

¡Importante!

Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Si lo necesita, lo ayudaremos a completar el formulario de solicitud de registro como votante. Es su decisión pedir o aceptar ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料:若您有興趣索取中文資料表格,請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলাতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE

(instrucciones al dorso)

Sí, necesito solicitar una Boleta para votantes ausentes

Escriba en letra de molde o a máquina con tinta azul o negra

Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1. ¿Es usted ciudadano de los EE. UU.?

SÍ

NO

Si su respuesta es **NO**, no complete este formulario.

2. A) ¿Tendrá 18 años el día de las elecciones o antes?

SÍ

NO

B) ¿Tiene al menos 16 años y entiende que debe tener 18 años el día de las elecciones o antes para votar y que, hasta que tenga 18 años al momento de dichas elecciones, su registro dirá “pendiente” y no podrá emitir ningún voto en ninguna elección?

SÍ

NO

Si respondió **NO** a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.

For Board Use Only

3. Apellido _____

Primer nombre _____

Inicial del segundo nombre _____

Sufijo _____

4. Dirección donde vive (no proporcione un apartado postal) _____

N.º de apto. _____

Ciudad/Pueblo/Aldea _____

Código Postal _____

Condado _____

5. Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior) _____

P.O. Box, Star Route, etc. _____

Oficina de correos _____

Código postal _____

6. Fecha de nacimiento _____

7. Sexo (opcional) _____

8. Teléfono (opcional) _____

Correo electrónico (opcional) _____

9. **Número de identificación** (marque la casilla que corresponda e indique su número)

Número del DMV del estado de Nueva York _____

Últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social _____

No tengo un número del DMV ni de Seguridad Social del estado de Nueva York

10. Año en que votó por última vez _____

Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad) _____

En el condado/estado _____

Con el nombre (si es diferente de su nombre actual)

11. Partido político

Deseo afiliarme a un partido político

- Partido Demócrata
- Partido Republicano
- Partido Conservador
- Partido de Familias Trabajadoras
- Partido Verde
- Partido Libertario
- Partido de la Independencia
- Partido SAM
- Otro _____

No quiero afiliarme a ningún partido político y deseo ser un votante independiente

Ningún partido

12. Declaración jurada: Juro o declaro que:

- soy ciudadano de los Estados Unidos;
- habré residido en el condado, en la ciudad o en la aldea durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York;
- la firma o la marca que aparece abajo es de mi puño y letra;
- la información anterior es verdadera. Entiendo que, de no serlo, me pueden condenar y multar con hasta \$5,000 o encarcelar por hasta cuatro años.

Firma o marca en tinta _____

Fecha _____



DONATE LIFE
New York State

(Opcional) Inscríbese para donar sus órganos y tejidos

Apellido _____

Primer nombre _____

Inicial del segundo nombre _____

Sufijo _____

Dirección _____

N.º de apto. _____

Ciudad/Pueblo/Aldea _____

Código postal _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo

M

F

Color de ojos _____

Estatura

_____ pies

_____ pulgadas

Correo electrónico _____

Número del DMV o de id. de NYC _____

Con su firma abajo, usted certifica que:

- tiene 16 años o más;
- otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a dar su nombre e información de identificación al Registro Donate Life™ del estado de Nueva York para que lo inscriban;
- autoriza al Registro a permitir el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a otros hospitales autorizados por el comisionado de

Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.

Firma _____

Fecha _____

Rev. 2/5/2020

Calificaciones para el registro

Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre o dirección si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación;
- registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;

- tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- no estar en prisión ni en libertad condicional por una condena por delito grave (a menos que la libertad condicional haya perdonado o restablecido los derechos de ciudadanía);
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar; y
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse o presentar su solicitud de registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Teléfono: 1-800-469-6872;

los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema de retransmisión del estado de Nueva York llamando al 711 o visitar nuestro sitio web:
www.elections.ny.gov.

Su decisión de registrarse será confidencial y se utilizará exclusivamente para fines del registro de votantes. La decisión de toda persona de no registrarse para votar o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para los fines del registro de votantes.

Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número del DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor), o los últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número del DMV o de Seguridad Social, puede usar una identificación válida con foto, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancaria, un

cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y dirección. Con este formulario, puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

Para completar este formulario:

Es delito proporcionar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección de Verificación de identidad más arriba.

Casilla 10: si nunca ha votado, escriba “Ninguna”. Si no recuerda cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación “(?)”. Si antes votó con un nombre diferente, escriba ese nombre. De lo contrario, escriba “El mismo”.

Casilla 11: marque únicamente una casilla. La inscripción en un partido político es opcional, pero, para votar en la elección primaria de un partido político, el votante debe afiliarse a ese partido político, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.