

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.

FORMULARIO DE REVALIDACIÓN PARA CIERTOS SUBSIDIOS Y SERVICIOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Si es ciego o sufre de impedimentos graves de la vista y necesita este formulario de revalidación en otro formato, puede solicitarlo a su distrito de servicios sociales. Para obtener información adicional sobre los tipos de formatos que hay disponibles y sobre cómo puede pedir un formulario de revalidación en otros formatos, vea el folleto de instrucciones (PUB-1313 Statewide), que está disponible en www.otda.ny.gov o en <https://www.health.ny.gov>.

Si es ciego o sufre de impedimentos graves de la vista, ¿desea recibir las notificaciones por escrito en otro formato?

Sí

No

Si respondió que 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 será igualmente efectivo para usted

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

Estamos comprometidos a ayudarle y apoyarlo de manera profesional y respetuosa. Usted es responsable de participar en actividades, incluyendo actividades de empleo para asistencia pública y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, cuando sea requerido, para que pueda volverse autosuficiente. Siempre que vea "Asistencia Pública" o "PA" en el

formulario de revalidación, se refiere a "Asistencia Familiar" y/o a "Asistencia de la Red de Seguridad". Llamamos a estos dos programas "Asistencia Pública". Estos programas de PA están diseñados para ayudarle solamente hasta que pueda sostenerse a sí mismo y a su familia. **Consulte el folleto de instrucciones (PUB-1313 Statewide) y los manuales "Lo que debe saber" 1, 2 y 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B y LDSS-4148C) para llenar este formulario de revalidación, y comuníquese con su distrito de servicios sociales si tiene alguna pregunta.**

Cuando vea "MA" en el formulario de recertificación, significa "Medicaid". Puede solicitar MA utilizando este el formulario de revalidación solamente si también se está revalidando para Asistencia Pública o para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria al mismo tiempo. Si sólo desea revalidar para MA, puede hacerlo en línea en <https://nystateofhealth.ny.gov/> y/o llamar al 1-855-355-5777 para obtener más información o para recertificarse, o 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 revalidar para el Programa de Ahorros de Medicare (por sus siglas en

inglés, "MSP"), debe hacerlo con el Formulario DOH-4328, que su trabajador social puede proporcionarle. Si necesita servicios de cuidado personal de manera inmediata, debe solicitar MA por separado utilizando el formulario de solicitud de MA DOH-4220.

Página Original 1

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

SECCIÓN

1 MARQUE TODOS LOS PROGRAMAS PARA LOS QUE USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR ESTÁN REVALIDANDO

- Asistencia Pública (PA)**
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)**
- Medicaid (MA) y SNAP**
- Medicaid (MA) y PA**

SECCIÓN 2

¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL?

- INGLÉS
- ESPAÑOL
- OTRO (especifique) _____

DESEA RECIBIR NOTIFICACIONES EN:

- SOLO INGLÉS
- INGLÉS Y ESPAÑOL

SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE MOLDE

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

ESTADO CIVIL _____

NÚMERO DE TELÉFONO CÓDIGO DE ÁREA (____)

CALLE Y NÚMERO _____

DEPT. NO. _____

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) _____

DEPT. NO. _____

CIUDAD _____

CONDADO _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN SU
DIRECCIÓN ACTUAL?

AÑOS _____

MESES _____

¿ES UN ALBERGUE?

SÍ

NO

OTRO TELÉFONO EN DONDE SE PUEDA LOCALIZAR

NOMBRE _____

NÚMERO DE TELÉFONO CÓDIGO DE ÁREA (____)

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN

ACTUAL _____

DIRECCIÓN ANTERIOR _____

DEPT. NO. _____

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 ESTE FORMULARIO DE REVALIDACIÓN Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES?

SÍ

NO

HAGA UNA LISTA DE LAS COSAS QUE HAN CAMBIADO DESDE SU SOLICITUD O ÚLTIMA REVALIDACIÓN (como si se mudó, tuvo un hijo, el ingreso, etc.) _____

SECCIÓN 4 – Si solicita nuevamente SNAP:

Puede presentar un formulario de revalidación desde el día en que lo reciba. Para presentar una recertificación de SNAP, debe incluir por lo menos su nombre, dirección (si la tiene) y firma al final. Debe completar el proceso de revalidación, que incluye firmar la última página de la revalidación y participar en una entrevista. Si es elegible, recibirá el subsidio SNAP retroactivo a la fecha en que presentó la revalidación. Debe ser informado, dentro de

un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en que entregó (presentó) su revalidación para el subsidio SNAP, si su revalidación fue aprobada o denegada. Si su hogar tiene recursos líquidos escasos o nulos, o si su renta y sus servicios básicos son mayores a sus ingresos y sus recursos líquidos, usted podría ser elegible para obtener el subsidio SNAP dentro de un plazo de cinco días calendario contados a partir de la fecha en que presente su solicitud. Si es residente de una institución y revalida tanto para Ingresos Suplementarios de Seguridad (por sus siglas en inglés, "SSI") como para el subsidio SNAP antes de salir de la institución, la fecha de presentación de la revalidación es la fecha en que salga de la institución.

FIRMA DEL BENEFICIARIO DE SNAP O SU
REPRESENTANTE X _____

FECHA DE FIRMA _____

SECCIÓN 5

¿ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES SE APLICA A USTED?

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 tutela temporal

14. Necesita guardería

15. Problemas con el inglés

16. Alojamiento razonable

17. Otro _____

Página Original 2

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

SECCIÓN 6 – INFORMACIÓN DEL HOGAR –

Incluya en la lista a todas las personas que viven con usted, aunque no se recertifiquen con usted. Indique sus datos en el primer renglón.

LN 01

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está revalidando para:

PA

SNAP

MA

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 revalidan (Vea el instructivo PUB-1313

Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

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

Sí

NO

LN 02

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está revalidando para:

PA

SNAP

MA

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 revalidan (Vea el instructivo PUB-1313

Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

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

Sí

NO

LN 03

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está revalidando para:

PA

SNAP

MA

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 revalidan (Vea el instructivo PUB-1313

Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

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

Sí

NO

LN 04

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está revalidando para:

PA

SNAP

MA

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 revalidan (Vea el instructivo PUB-1313

Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

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

Sí

NO

LN 05

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está revalidando para:

PA

SNAP

MA

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 revalidan (Vea el instructivo PUB-1313

Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

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

Sí

NO

LN 06

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está revalidando para:

PA

SNAP

MA

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 revalidan (Vea el instructivo PUB-1313

Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

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

Sí

NO

LN 07

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está revalidando para:

PA

SNAP

MA

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 revalidan (Vea el instructivo PUB-1313

Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

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

Sí

NO

LN 08

Primer nombre, inicial segundo nombre, apellido _____

Esta persona está revalidando para:

PA

SNAP

MA

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 revalidan (Vea el instructivo PUB-1313 Statewide, o hable con su distrito de servicios sociales) _____

Máximo grado de escolaridad alcanzado _____

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

Sí

NO

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

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SECCIÓN 7

¿SE HA MUDADO ALGUIEN **AL** HOGAR EN EL ÚLTIMO AÑO?

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, INDÍQUELO A CONTINUACIÓN.

NOMBRE _____

¿HABÍA VIVIDO ANTES EN EL ESTADO DE NUEVA YORK?

SÍ

NO

NOMBRE _____

¿HABÍA VIVIDO ANTES EN EL ESTADO DE NUEVA YORK?

SÍ

NO

¿SE HA MUDADO ALGUIEN **DEL** HOGAR EN EL ÚLTIMO AÑO?

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, INDÍQUELO A
CONTINUACIÓN.

NOMBRE _____

¿CUÁNDO? _____

NOMBRE _____

¿CUÁNDO? _____

Página Original 3

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

SECCIÓN 8 – RAZA/ORIGEN ÉTNICO –

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

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 _____

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

Lea detenidamente toda esta página antes de contestarla. Si tiene dudas, consulte el folleto informativo (PUB-1313 Statewide) o hable con su distrito de servicios sociales.

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

INCLUYA EN LA LISTA A TODAS LAS PERSONAS QUE REVALIDAN O QUE ESTÁN OBLIGADAS A REVALIDAR. _____

SECCIÓN 10 – CERTIFICACIÓN

Algunos programas de servicios sociales requieren que certifique que usted es un ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano o de nacionalidad

estadounidense, o un inmigrante con una situación migratoria satisfactoria. Otros programas no lo requieren.

Usted DEBE firmar la certificación siguiente solamente si es un ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano, de nacionalidad estadounidense, o un inmigrante con una situación migratoria satisfactoria, **y** está revalidando para:

- Asistencia Pública (cuando hay menores en el hogar o si una integrante del hogar está embarazada), o
- El Programa de Asistencia de Nutricional Suplementaria, o
- Medicaid (excepto si la solicitante está embarazada)

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 revalidación de SNAP debe incluir a todas las personas que viven en el hogar con SNAP. Una revalidación de PA debe incluir a todos los menores para los que se esté revalidando, a sus hermanos y hermanas,

y a todos los padres de dichos menores que vivan juntos. Si no indica que una persona de la lista es ciudadano de Estados Unidos, de nacionalidad estadounidense o inmigrante con una situación migratoria satisfactoria, ni proporciona un número de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (por sus siglas en inglés, "USCIS") (Número de Registro de Extranjero) ni un número de no ciudadano (si lo tiene), esa persona no recibirá asistencia y los demás miembros del hogar recibirán beneficios 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 lo tiene) A _____

FIRME* Y ESCRIBA LA FECHA EN EL ESPACIO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria que revaliden, marque los programas para los que cada no ciudadano que revalida tenga una situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo, PUB-1313 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

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 lo tiene) A _____

**FIRME* Y ESCRIBA LA FECHA EN EL ESPACIO PARA
CADA SOLICITANTE.**

En el caso de no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria que revaliden, marque los programas para los que cada no ciudadano que revalida tenga una situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo, PUB-1313 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

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 lo tiene) A _____

FIRME* Y ESCRIBA LA FECHA EN EL ESPACIO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria que revaliden, marque los programas para los que cada no ciudadano que revalida tenga una situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo, PUB-1313 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

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 lo tiene) A _____

FIRME* Y ESCRIBA LA FECHA EN EL ESPACIO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria que revaliden, marque los programas para los que cada no ciudadano que revalida tenga una situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo, PUB-1313 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

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 lo tiene) A _____

FIRME* Y ESCRIBA LA FECHA EN EL ESPACIO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria que revaliden, marque los programas para los que cada no ciudadano que revalida tenga una situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo, PUB-1313 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

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 lo tiene) A _____

FIRME* Y ESCRIBA LA FECHA EN EL ESPACIO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria que revaliden, marque los programas para los que cada no ciudadano que revalida tenga una situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo, PUB-1313 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

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 lo tiene) A _____

**FIRME* Y ESCRIBA LA FECHA EN EL ESPACIO PARA
CADA SOLICITANTE.**

En el caso de no ciudadanos con una situación migratoria
satisfactoria que revaliden, marque los programas para
los que cada no ciudadano que revalida tenga una
situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo,
PUB-1313 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

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 lo tiene) A _____

FIRME* Y ESCRIBA LA FECHA EN EL ESPACIO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria que revaliden, marque los programas para los que cada no ciudadano que revalida tenga una situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo, PUB-1313 Statewide).

CERTIFICACIÓN

Firma X _____

FECHA _____

PA

SNAP

MA

Al marcar una de las casillas anteriores y firmar el formulario de certificación en la Sección 10, certifico por este medio, bajo pena de perjurio, que yo y/o la(s) persona(s) en cuyo nombre firmo, somos ciudadanos de Estados Unidos, indígenas norteamericanos o nacionales de Estados Unidos, o no ciudadanos con una situación migratoria satisfactoria.

Comprendo que al firmar la certificación anterior es posible que la información sobre los miembros de mi hogar que revalidan sea enviada a Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos para verificar la situación de los no ciudadanos, si los hay.

El uso o la divulgación de la información anterior 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 y Medicaid.

*** Si la persona que quiere firmar el formulario de revalidación 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-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

SECCIÓN 11 – INFORMACIÓN SOBRE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Si revalida para Medicaid además de Asistencia Pública o del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, podría tener que ayudarnos a obtener soporte médico para usted y para sus hijos que revalidan. Responda las siguientes preguntas para determinar si necesita contestar esta sección. Inclúyase a sí mismo(a), si resulta apropiado:

1. ¿Está revalidando a 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 revalidando a 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 siguiente.

Debe llenar esta sección si respondió "Sí" a cualquiera de las dos preguntas, o a ambas.

Proporcione los nombres de todos los individuos menores de 21 años de edad a los que desea revalidar, y toda la información 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 la información de sus padres sin custodia o de su(s) padre(s) putativo(s).

Como condición necesaria para recibir asistencia, está obligado a ceder ciertos derechos relacionados con la manutención, como se describe en la sección de Notificaciones, cesiones, autorizaciones y consentimientos al final de esta revalidación. Se le entregará el formulario LDSS-5145, "Derivación para servicios de manutención infantil" para que lo conteste y lo entregue a la Unidad de Ejecución de Manutención Infantil. Excepto en situaciones de violencia doméstica o por otras causas justificadas, es una condición para obtener asistencia que coopere con la Unidad de Ejecución de Manutención Infantil para localizar a cualquier padre/madre sin custodia o putativo/a; establecer la filiación legal para cada individuo menor de 21 años nacido fuera del matrimonio; y establecer, modificar y/o ejecutar las órdenes de manutención. También se le entregará el formulario LDSS-4279, "Notificación de responsabilidades y derechos de la manutención", que le explica sus responsabilidades y sus derechos si no coopera con la Unidad de Ejecución de Manutención Infantil.

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-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

SECCIÓN 12 - SITUACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS/DEPENDIENTES –

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

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACION TRIBUTARIA

SOLTERO _____

CASADO DECLARANDO DE MANERA CONJUNTA

CASADO DECLARANDO POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO
CALIFICADO) _____

VIUDO(A) CALIFICADO CON HIJO DEPENDIENTE

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACION TRIBUTARIA

SOLTERO _____

CASADO DECLARANDO DE MANERA CONJUNTA

CASADO DECLARANDO POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO
CALIFICADO) _____

VIUDO(A) CALIFICADO CON HIJO DEPENDIENTE

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACION TRIBUTARIA

SOLTERO _____

CASADO DECLARANDO DE MANERA CONJUNTA

CASADO DECLARANDO POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO
CALIFICADO) _____

VIUDO(A) CALIFICADO CON HIJO DEPENDIENTE

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACION TRIBUTARIA

SOLTERO _____

CASADO DECLARANDO DE MANERA CONJUNTA

CASADO DECLARANDO POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO

CALIFICADO) _____

VIUDO(A) CALIFICADO CON HIJO DEPENDIENTE

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACION TRIBUTARIA

SOLTERO _____

CASADO DECLARANDO DE MANERA CONJUNTA

CASADO DECLARANDO POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO
CALIFICADO) _____

VIUDO(A) CALIFICADO CON HIJO DEPENDIENTE

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACION TRIBUTARIA

SOLTERO _____

CASADO DECLARANDO DE MANERA CONJUNTA

CASADO DECLARANDO POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO
CALIFICADO) _____

VIUDO(A) CALIFICADO CON HIJO DEPENDIENTE

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACION TRIBUTARIA

SOLTERO _____

CASADO DECLARANDO DE MANERA CONJUNTA

CASADO DECLARANDO POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO
CALIFICADO) _____

VIUDO(A) CALIFICADO CON HIJO DEPENDIENTE

DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS

NO DECLARARÁ IMPUESTOS _____

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SITUACION TRIBUTARIA

SOLTERO _____

CASADO DECLARANDO DE MANERA CONJUNTA

CASADO DECLARANDO POR SEPARADO _____

CABEZA DEL HOGAR (CON INDIVIDUO
CALIFICADO) _____

VIUDO(A) CALIFICADO CON HIJO DEPENDIENTE

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 incluyan en su declaración de impuestos. Si no declara impuestos, puede omitir esta pregunta.

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____
APELLIDO _____

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE

PRIMER NOMBRE _____
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

APELLIDO _____

SECCIÓN 13 – INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE AUSENTE / FALLECIDO–

Si el cónyuge de cualquiera de las personas que revalida vive en otra parte o ha fallecido, indíquelo a continuación.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE RECERTIFICA

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 14 – INFORMACIÓN DE HIJOS AUSENTES –

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

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REVALIDA _____

NOMBRE DEL HIJO AUSENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

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

¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?

Sí

No

¿PAGA USTED MANUTENCIÓN INFANTIL?

Sí

No

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REVALIDA _____

NOMBRE DEL HIJO AUSENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

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

¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?

Sí

No

¿PAGA USTED MANUTENCIÓN INFANTIL?

Sí

No

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REVALIDA _____

NOMBRE DEL HIJO AUSENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

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

¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?

Sí

No

¿PAGA USTED MANUTENCIÓN INFANTIL?

Sí

No

SECTION 15 – 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 adolescente vive en el hogar?

Sí

No

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

SECCIÓN 16 – INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS:

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

1. Beneficios de seguro de desempleo

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

2. Beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad (por sus siglas en inglés, "SSI") (Total Estatal y federal)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

3. Beneficios de Seguro Social por Incapacidad (SSD)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

4. Beneficios de Dependiente del Seguro Social (SSD)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

5. Beneficios del Seguro Social para Sobrevivientes

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

6. Beneficios de Pensión de Jubilación del Seguro Social

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

7. Beneficios de Retiro Ferroviario

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

8. Beneficios 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. Beneficios de Incapacidad del Estado de NY

SÍ

NO

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

12. Beneficios de 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 dependencia 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 Tutela Temporal (recibidos)

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

18. Pagos de manutención infantil (recibidos)

Recibidos de _____

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

19. Manutención conyugal (recibida)

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

20. Seguro privado de incapacidad - Ingresos por pólizas de seguro de salud/accidentes

sí

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

21. Beneficios por seguro de impagos

SÍ

NO

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

QUIÉN _____

MONTO/VALOR Y FRECUENCIA _____

22. Beneficios sindicales (incluyendo beneficios 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 (incluyendo 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-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

Deducciones: Ciertos tipos de presupuestos de Medicaid permiten que los solicitantes/beneficiarios reduzcan los ingresos a considerar usando las deducciones que aplican en sus impuestos federales. Estos son gastos específicos que el Servicio de Recaudación Interna (por sus siglas en inglés, "IRS") permite que la gente deduzca para reducir sus ingresos gravables. Registre aquí solamente las deducciones que aplicará en su 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 retiro (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 profesionales (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 calificado

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 17 – 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-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

SECCIÓN 18 – INFORMACIÓN LABORAL

1. Actualmente estoy:

empleado

empleado independiente

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 en que se paga: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Número de teléfono. _____

2. Alguien más que viva con usted actualmente está:

empleado

empleado independiente

Quién: _____

Ingresos brutos \$ _____

Horas trabajadas al mes _____

Pago:

Semanal

Quincenal

Mensual Día de la semana en que se paga: _____

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: _____

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 beneficios por desempleo?

Sí

No

Si respondió que 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-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

SECCIÓN 19 – 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 de terminación: _____

Indique si usted o alguien que vive con usted que se está recertificando o recibiendo asistencia

3. ¿Está o ha estado en un programa de capacitación **en los últimos 12 meses?**

Sí

No

Quién _____

Dónde _____

Programa _____

Fechas en que asistió _____

Fechas de terminación _____

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

Sí

No

Quién _____

Dónde _____

5. ¿Recibe una asignación por capacitación?

Sí

No

Quién: _____

Monto \$ _____

6. ¿Recibe becas o préstamos estudiantiles?

Sí

No

Quién: _____
Monto \$ _____

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

Sí

No

Quién _____

Escuela _____

Quién _____

Escuela _____

Quién _____

Escuela _____

Quién _____

Escuela _____

Página Original 12

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

SECCIÓN 20 – INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

Indique si usted o alguien que vive con usted y que se está recertificando:

1. Dispone de dinero en efectivo

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

2. Tiene cuenta(s) corriente(s)

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

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

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

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

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

5. Tiene seguro de vida

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, 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 _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

7. Tiene acciones, bonos, certificados o fondos mutuos

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

8. Tiene bonos de ahorro

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

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

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

10. Tiene un fondo fiduciario irrevocable para entierro

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

11. Tiene un fondo para entierro

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

12. Tiene un sitio para entierro

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

13. Tiene casa propia

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

14. Tiene bienes raíces que producen o no producen ingresos

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

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

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

16. Tiene una anualidad

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

17. Es el beneficiario de un fondo fiduciario

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

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

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____
QUIÉN _____
SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

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

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

20. Tiene una caja(s) de seguridad

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

21. Tiene otros recursos además de los ya mencionados

SÍ

NO

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

22. ¿Alguien (como su cónyuge, incluso si no está revalidando 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 _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

23. ¿Alguien (como su cónyuge, incluso si no está revalidando 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 _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

QUIÉN _____

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO/VALOR \$ _____

Página Original 13

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

SECCIÓN 21 – INFORMACIÓN MÉDICA

Indique si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando:

1. Tiene facturas médicas o gastos relacionados con atención médica

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

2. Tiene Medicaid con un sobrante (spend-down)

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

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

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

NO. DE PÓLIZA: _____

MONTO: _____

FRECUENCIA DE PAGO: _____

4. Tiene seguro de salud disponible a través de un empleador

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO?: _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: _____

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

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO?: _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: _____

6. Tiene un asistente de salud

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO?: _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: _____

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

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 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 RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 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 RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

10. Tiene cuentas médicas, pagadas o sin pagar, de los 3 meses anteriores al mes de esta recertificación

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

11. Tiene o tuvo una dependencia de las drogas o el alcohol

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

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

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

13. Recibe SSI o alguna vez ha solicitado SSI

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

14. Está embarazada

Si está embarazada, fecha esperada de parto: _____

Número esperado de nacimientos: _____

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

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

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

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

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

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

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

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

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

19. Ha hecho que una agencia gubernamental (programa público) distinto a Medicaid o Medicare pague alguna de sus cuentas médicas

Si respondió que sí, cuál agencia _____

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

20. ¿Facturar a algún otro seguro de salud le causará daños a su salud o seguridad, física o emocional, y/o interferirá con la privacidad y confidencialidad de su solicitud o su recepción de Medicaid?

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUIÉN? _____

Página Original 14

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

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 llame al 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) _____

No. 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) _____

No. 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) _____

No. 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) _____

No. 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 22 – 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 por renta, 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 renta u otros gastos relacionados con el alojamiento?

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

Página Original 15

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

SECTION 22 – ALOJAMIENTO (CONT.)

¿Usted o alguien que vive con usted paga los siguientes gastos adicionales a su renta 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 23 – OTROS GASTOS

Indique si usted o alguien que vive con usted y que está revalidando:

1. Paga manutención infantil

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

2. Paga manutención conyugal

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

3. Paga guardería

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

4. Paga por cuidado de dependientes

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, MONTO \$ _____

5. Paga colegiaturas, cuotas u otros gastos educativos

SÍ

NO

SI RESPONDIÓ QUE 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 QUE SÍ, MONTO \$ _____

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

SÍ

NO

SECCIÓN 24 – INFORMACIÓN ADICIONAL

8. ¿Compra o planea comprar alimentos mediante un servicio de entrega a domicilio o de comidas comunitarias?

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

Indique si usted o alguien que vive con usted está revalidando:

¿Usted o alguien que vive con usted y que está revalidando 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 y/o ha sido descalificado para Asistencia Pública y/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, que no hayan sido devueltos 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 el subsidio SNAP por duplicado en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender el subsidio 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 el subsidio SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas?

SÍ

NO

QUIÉN _____

¿Usted o algún miembro de su hogar está fugitivo para evitar el proceso penal, la custodia o el confinamiento después de 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 su libertad condicional o su libertad bajo palabra de acuerdo con 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-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

NOTIFICACIONES, CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

RECOPIACIÓN Y USO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL – Se autoriza la recopilación del número de seguro social (por sus siglas en inglés, "SSN") de cada miembro del hogar respecto al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, "SNAP") en los términos de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (con enmiendas). Cualquier persona que solicite SNAP debe proporcionar un SSN para recibir

beneficios. Si usted u otra persona que solicita asistencia no tiene un SSN, esa persona debe solicitar un SSN a la Administración del Seguro Social (visite www.SSA.gov o llame al 1-800-772-1213).

Respecto a todos los demás programas para los que este formulario de revalidación requiere un SSN, la recopilación de los mismos 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-1313 Statewide) o hable con su distrito de servicios sociales si tiene preguntas.

La información que recopilemos se usará para determinar si su hogar reúne los requisitos o sigue cumpliendo con los requisitos necesarios para recibir asistencia o beneficios. La información se utilizará para comprobar la identidad, verificar los ingresos salariales y no salariales, para determinar si los padres ausentes pueden obtener cobertura de seguro de salud para los solicitantes o beneficiarios, para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden obtener manutención de menores o manutención conyugal, y para determinar si los

solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Verificaremos esta información con programas informáticos de cruzamiento de datos. Esta información también se utilizará 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 beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares (por sus siglas en inglés, "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 Familiar y de Asistencia de la Red de Seguridad, incluyendo los SSN, se podrá utilizar para ayudar en la formación de grupos para selección de jurados. Si se presenta una reclamación de SNAP en contra de su hogar, los datos recopilados en esta revalidación, incluyendo los SSN, 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 elegibles también se utilizarán y divulgarán de la forma descrita anteriormente.

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

Página Original 18

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN – Esta institución tiene prohibido discriminar con base en raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (por sus siglas en inglés, "USDA") también prohíbe la discriminación con base en raza, color, nacionalidad,

sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o como represalia por actividades anteriores relacionadas con derechos civiles en cualquier programa o actividad conducido o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran maneras de comunicación alternativas para la información sobre los programas (por ejemplo, Braille, tipografía grande, lenguaje americano de señas, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) a la que solicitaron los beneficios. Los individuos que sean sordos o que tengan impedimentos auditivos o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja de discriminación contra el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, "SNAP"), llene el formulario de queja de discriminación en programas de la USDA (AD-3027), que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de

queja, llame al (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.

Para obtener más información sobre cómo lidiar con problemas del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (por sus siglas en inglés, "SNAP"), las personas deben llamar a la línea de ayuda para SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también ofrece servicio en español, o llamar a los números de información y ayuda de los estados (haga clic en el enlace para ver una lista de números de ayuda por estado); que se encuentran en línea en:

http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación referente a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (por sus siglas en inglés, "HHS"),

escriba a HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que cumple con los principios de 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 INVESTIGACIÓN – Acepto que se realicen investigaciones para verificar o confirmar la información que he proporcionado junto con mi solicitud de beneficios de Asistencia Pública (AP), de Medicaid, del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares, de Servicios o de Asistencia para Guardería. Proporcionaré información adicional, de ser necesario. También cooperaré enteramente con el

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

Si me estoy recertificando para SNAP, comprendo que el distrito de servicios sociales solicitará y utilizará la información disponible en el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad para investigar mi recertificación, y que podría verificar la información por medio de contactos colaterales si detecta discrepancias. También comprendo que esta información puede afectar mi elegibilidad para SNAP y/o el nivel de beneficios de SNAP que recibiré.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE EL SEGURO DE DESEMPLEO – Autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés "DOL") a divulgar toda la información confidencial que tenga referente al Seguro de Desempleo (por sus siglas en inglés, "UI") a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidades del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés, "OTDA"). Esta información incluye las reclamaciones de beneficios del UI y los registros salariales. Comprendo que la OTDA; junto con empleados de agencias locales y estatales que trabajan en las oficinas de distritos de servicios sociales, utilizarán la información referente al UI para establecer o verificar la elegibilidad y

el monto de Asistencia Pública, Medicaid, beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares o Asistencia para Guardería que se solicitan en esta solicitud/recertificación, y para realizar investigaciones para determinar si recibí beneficios a los que no tenía derecho. La OTDA también puede compartir la información con la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés, "OCFS") y con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés, "DOH"). La OCFS utilizará la información para supervisar el programa de Asistencia para Guardería.

Página Original 19

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A PROVEEDORES DE SERVICIOS – Otorgo mi permiso al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir la información relacionada con los beneficios de Asistencia Pública y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria que hayamos recibido yo y cualesquier miembros de mi hogar por los que yo pueda otorgar legalmente la autorización, para efectos de verificar mi elegibilidad 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.

REPORTE DE CAMBIOS – Acepto informar a la agencia **de manera expedita** sobre cualquier cambio en mis necesidades, residencia/dirección, alojamiento, tamaño del hogar, ingresos, propiedades/recursos, costos de cuidado de dependientes, seguro de salud, situación de ciudadano o de no ciudadano con una situación migratoria satisfactoria, mi situación como adulto habilitado para trabajar sin dependientes (por sus siglas en inglés, "ABAWD"), situación de embarazo o alojamiento, con base en conocimientos y evidencias.

Si estoy solicitando Asistencia para Guardería, 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 elegibilidad o el monto de mis beneficios.

SANCIONES – Las leyes estatales y federales estipulan multas, cárcel o ambas si usted no dice la verdad al recertificarse para Asistencia Pública, Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, Servicios o Asistencia para Guardería ("Asistencia, Beneficios o Servicios") o cuando se le interrogue en referencia a su elegibilidad, o si hace que alguien más no diga la verdad respecto a su recertificación y a la continuidad de su elegibilidad. También se imponen sanciones si usted oculta o no revela hechos referentes a su elegibilidad inicial, y a la continuidad de la misma, para Asistencia, Beneficios o Servicios, o si oculta o no revela hechos que afectarían el derecho de alguien para el que se ha recertificado a obtener o seguir recibiendo Asistencia, Beneficios o Servicios. Si usted es un representante autorizado, la Asistencia, Beneficios 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 inelegible 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, Beneficios o Servicios ocultando información o proporcionando información falsa.

SANCIONES DE DESCALIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA –

Toda la información que proporcione en relación con su solicitud de beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) estará sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. Si cualquier información es incorrecta, podrían denegarse sus beneficios de SNAP. Usted podría estar sujeto a un proceso penal si proporciona intencionalmente información incorrecta que afecte su elegibilidad o el monto de sus beneficios. 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. El individuo también podría estar sujeto a proceso de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables. Cualquier persona que esté violando una condición de su libertad condicional o bajo palabra, y cualquier persona que esté prófuga para evitar un proceso penal, custodia o confinamiento por un delito

grave y que sea buscada activamente por cuerpos policíacos no es elegible para recibir beneficios de SNAP.

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

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

- Utilizar beneficios de 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 a través de una audiencia administrativa de descalificación ante un tribunal federal, estatal o local, o que hayan firmado una renuncia a su derecho a una audiencia administrativa de descalificación o un acuerdo de consentimiento de descalificación en los casos derivados para proceso penal, no serán elegibles 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 que se base en la determinación de un tribunal de que el individuo

utilizó o recibió beneficios 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 beneficios de SNAP simultáneamente, a menos que esté descalificado permanentemente por una tercera IPV de SNAP.

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

Página Original 20

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

Un individuo puede ser descalificado permanentemente de recibir beneficios de SNAP por:

- La primera IPV de SNAP que se base en la determinación de un tribunal de que el individuo utilizó o recibió beneficios de SNAP en una transacción que involucró la venta de armas de fuego, municiones o explosivos;

- La primera IPV de SNAP que se base en la condena ante un tribunal por tráfico de beneficios 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 que se base en la determinación de un tribunal de que el individuo utilizó o recibió beneficios 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
- Una tercera IPV de SNAP.

OBLIGACIÓN DE REPORTAR/COMPROBAR LOS GASTOS DEL HOGAR – Su hogar debe reportar los gastos de guardería y servicios básicos para recibir una deducción del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por estos gastos. Su hogar deberá reportar y comprobar los gastos de renta o hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y de manutención de menores pagados a una persona que no sea integrante del hogar, 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 elegible para SNAP o podría incrementar sus beneficios de SNAP. Puede reportar o comprobar estos gastos más adelante, en cualquier momento. La deducción se aplicará entonces al cálculo de los beneficios de SNAP para los meses futuros, según las normas vigentes para el reporte de cambios (Vea Reporte de Cambios, más arriba).

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA

SUPLEMENTARIA – Usted puede autorizar a alguien que conozca la situación de su hogar para que haga la recertificación para los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria por usted. También puede autorizar a una persona que no pertenezca a su hogar para que solicite beneficios 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 recertificación. 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 recertificación, 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 elegibles por sus ingresos para el Programa de Asistencia de Energía para Hogares (HEAP). También entiendo que si no he recibido un beneficio de HEAP mayor a \$20 en el mes actual o en los 12 meses anteriores, o un beneficio similar para asistencia de energía, debo pagar la calefacción o aire acondicionado por separado de mi renta para poder recibir el subsidio estándar para servicios básicos para calefacción y aire acondicionado (es decir, una deducción) para 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 (incluyendo a mi compañía eléctrica) divulguen a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidades del Estado de Nueva York, al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, ciertos datos estadísticos, que incluyen, pero no se limitan a, 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, para efectos de medir el desempeño del Programa de Asistencia de Energía para Hogares 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 por Discapacidades del Estado de Nueva York (por sus siglas en inglés, "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 beneficios de Ingresos Suplementarios de Seguridad; para establecer los planes apropiados de tratamiento para restaurar la

capacidad de trabajar; y para determinar la elegibilidad para exenciones del límite estatal de sesenta meses para la recepción de asistencia en efectivo. Si estoy obligado a solicitar beneficios administrados 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 - Autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir los datos sobre 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.

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 la 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 elegibilidad de 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, incluyendo todos los tratamientos necesarios a través 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 no pagada por servicios

médicos y por servicios de salud que se me suministren mientras soy elegible para 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 en 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 BENEFICIOS Y PAGO

DIRECTO – Para Asistencia Pública y Medicaid, acepto presentar todas las reclamaciones por beneficios 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 recertificación. Además, ayudaré a poner todos los beneficios cedidos a disposición del distrito de servicios sociales al que se presenta esta recertificación.

Autorizo que los pagos que sean debidos a mí o a cualquier miembro de mi hogar por beneficios de seguros de salud o accidente, se remitan directamente al distrito de servicios sociales apropiado, como pagos correspondientes a los servicios médicos y a otros servicios de salud suministrados mientras fuimos elegibles para 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 a través 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 que cumpla 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 22

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

AUTORIZACIÓN PARA DEVOLVER LOS BENEFICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA CON EL PAGO RETROACTIVO DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS DE SEGURIDAD – Autorizo al comisionado de la

Administración del Seguro Social (por sus siglas en inglés, "SSA") a utilizar mi primer pago de Ingreso Suplementario de Seguridad (por sus siglas en inglés, "SSI") (es decir, mi pago retroactivo de SSI) para reembolsar al distrito local de servicios sociales (por sus siglas en inglés, "SSD") por la asistencia pública que el SSD me pague con fondos estatales o locales mientras la SSA decide si soy elegible para 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 que el monto debido al SSD, la SSA me enviará el resto de acuerdo con sus reglas.

La SSA puede reembolsar al SSD en dos situaciones:

1. Reembolsará al SSD si solicito SSI y la SSA determina que soy elegible.
2. Reembolsará al SSD si mis beneficios 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 elegibilidad de la SSA. Esto se llama "asistencia temporal". El período inicial: 1) con el primer mes en el que me vuelva elegible para el pago de beneficios de SSI; o 2) el primer día en que se restaure mi SSI después de haber sido suspendida o cancelada. El período incluye el mes en que los pagos de SSI comiencen en realidad. 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 informarle que el dinero restante de SSI que se me debe será enviado a la SSA, y cómo puedo apelar la decisión ante el estado si no estoy de acuerdo con ella.

De acuerdo con sus reglas, la SSA puede utilizar la fecha en que yo firme esta autorización como la fecha en la que habilito para SSI por primera vez. Sólo lo hará si solicito SSI en los próximos 60 días.

Esta autorización se 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 NY si 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 justa si no estoy de acuerdo con una decisión tomada por el SSD respecto al reembolso.

Recibí una copia del folleto titulado "Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales". Comprendo lo que dice sobre la asistencia temporal.

MANUTENCIÓN – La solicitud o recepción de Asistencia Familiar (por sus siglas en inglés, "FA"), Asistencia de la

Red de Seguridad ("SNA") o Tutela Temporal del 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 es limitada en ciertas situaciones. Otras secciones de esta recertificación 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 Familiar o Asistencia de la 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

cualquier miembro de mi familia antes del 1 de octubre de 2009 siguen asignados al estado.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES – Entiendo que al firmar esta

solicitud/certificación, doy consentimiento a cualquier investigación para verificar o confirmar la información que he proporcionado y a cualquier otra investigación por parte de cualquier agencia gubernamental autorizada en relación con los beneficios del Programa de Asistencia de Energía para Hogares (HEAP). También doy consentimiento para que la información proporcionada en esta recertificación sea utilizada en derivaciones a programas disponibles de asistencia para preparación de viviendas para la intemperie y a programas para personas con bajos ingresos de 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 (incluyendo a mi compañía eléctrica) divulguen a la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidades del Estado de Nueva York, al distrito local de servicios sociales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, ciertos datos

estadísticos, que incluyen, pero no se limitan a, 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, para efectos de medir el desempeño del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos.

Página Original 23

LDSS-3174 SP LP Statewide (Rev. 7/20)

INFORMACIÓN SOBRE AGRESIONES SEXUALES – 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 NY; 2) centros locales de crisis por violación; y 3) servicios locales de defensoría, terapia y líneas de apoyo apropiados para víctimas de agresiones sexuales. Además, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle los números de las líneas de apoyo del Estado de NY para agresiones sexuales y violencia doméstica: (800) 942-6906 y (800) 818-0656 (TTY).

CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA PARA GUARDERÍA

– Si estoy solicitando Asistencia para Guardería, certifico que los recursos de mi familia no exceden de \$1,000,000.

He leído y comprendido las notificaciones anteriores.

Comprendo y consiento a las cesiones, autorizaciones y consentimientos arriba descritos.

Juro y/o afirmo bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito de servicios sociales está completa y es correcta.

FIRMA DEL SOLICITANTE x _____

FECHA DE FIRMA _____

FIRMA DEL CÓNYUGE O REPRESENTANTE

PROTECTOR x _____

FECHA DE FIRMA _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO _____

FECHA DE FIRMA _____

SUMINISTRE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SÓLO SI USTED QUIERE CERRAR SU CASO PARA UNO O MÁS PROGRAMAS:

SOLICITO QUE SE CIERRE MI CASO PARA:

Asistencia Pública

Beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria

Asistencia Médica

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

Explique el motivo: _____

Firma x _____

Fecha _____



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.