

**INFORMACION ESPECIAL PARA SOLICITANTES
 POR CUPONES DE COMIDA**

INFORMACIÓN GENERAL

Con esta solicitud, usted puede solicitar uno o más de los siguientes programas de asistencia. Refiérase a la página desplegable para instrucciones.

- Cupones de Comida
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Medicaid/Plan de Seguro Médico para Niños (PSMPN)
- Ayuda General
- Auxilio de Emergencia
- Hospitalización Estatal y Local
- Subvención Auxiliar
- Programa para Restablecimiento de Refugiados

Una solicitud por TANF se considera automáticamente una solicitud por Cupones de Comida. Si usted está solicitando TANF y no quiere a la vez solicitar Cupones de Comida, marque (✓) la declaración en la página 1 "NO QUIERO solicitar Cupones de Comida."

INFORMACION COMPLETA Y PRECISA

Usted debe dar información completa, precisa y verdadera. Si usted se niega a dar la información necesaria, es posible que no se pueda determinar su elegibilidad por ayuda. No se exige información en cuanto a la raza de usted. Sin embargo, si usted decide no dar esta información, su trabajador/a llenará esa sección. Si usted a sabiendas da información falsa, incorrecta o incompleta, o se deja de comunicar cambios, usted puede perder sus beneficios y puede que le detengan, que le procesen, que le den una multa y/o que le encarcelen. Si usted a sabiendas da información falsa, incorrecta, o incompleta para ayudar a que otra persona reciba beneficios, a usted le pueden detener y procesar por fraude.

VERIFICACION Y USO DE INFORMACION

La información que usted dé puede ser comparada con documentos Federales, Estatales y locales incluso la Comisión Virginiana de Empleo y el Departamento de Vehículos Motorizados para determinar si es correcta, precisa y verdadera. Por añadidura, se usa su Número de Seguro Social (NSS) para verificar su identidad, para evitar que usted reciba beneficios de más de una agencia de servicios sociales a la misma vez, y para hacer los cambios requeridos en el programa.

El Departamento de Servicios Sociales de Virginia es una agencia de igualdad de oportunidades

Usted puede hacer solicitud por cupones de comida llenando y dejando en la agencia una Solicitud por Beneficios, o dejando una solicitud parcialmente llenada que tenga por lo menos su nombre, dirección y firma, o arrancando y dejando esta parte de la página con su nombre, dirección, y firma. **Usted tiene que completar el resto de esta Solicitud antes de que se pueda determinar su elegibilidad.**

También tendrá usted que someterse a una entrevista. Bajo ciertas condiciones de dificultad, usted puede pedir una entrevista telefónica. Esta es importante, porque si usted es elegible para el mes en que haga solicitud, la cantidad de cupones de comida se basará sobre la fecha en que usted de hecho entregue su solicitud.

SERVICIO EXPEDITIVO PARA CUPONES DE COMIDA

Es posible que su casa tenga derecho a Servicio Expeditivo y que reciba cupones de comida dentro de 7 días si usted es elegible y si sus ingresos brutos mensuales son menos de \$150 y sus recursos líquidos son \$100 o menos; o sus cuentas mensuales para alojamiento son más altos que los ingresos brutos mensuales de su casa más sus recursos líquidos; o su casa es de trabajadores migratorios o temporeros con pocos o ningunos ingresos y recursos. **SÍRVASE DAR LA INFORMACION ABAJO, PARA QUE SE PUEDA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD POR SERVICIO EXPEDITIVO.**

Total de dinero esperado este mes antes de deducciones:	\$ _____
Total de dinero contante y todas las cuentas de cheques y de ahorros, certificados de depósito:	\$ _____
Total de alquiler o hipoteca este mes:	\$ _____
Total de gastos por servicios públicos para este mes:	\$ _____
No incluya cantidades debidas en meses anteriores. Incluya sólo los gastos básicos por servicio telefónico.	
¿En su casa hay obrero migrante o temporero? Si () No ()	

NOMBRE	FECHA DE NACIMEINTO
DIRECCION	NO. DE SEGURO SOCIAL
	TELEFONO
FIRMA	FECHA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
SOCIALES DE VIRGINIA
SOLICITUD POR BENEFICIOS

AGENCY USE ONLY
(SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

CASE NAME	CASE NUMBER	PROGRAM	WORKER CASELOAD	DATE RECEIVED
DATE OF SERVICE REFERRAL	DATE OF INTERVIEW	LOCALITY		

1. DESEO SOLICITAR:
 Ayuda Financiera **Ayuda Médica** **Cupones de Comida** **NO QUIERO solicitar Cupones de Comida**

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DE TELEFONO (CADA/MENSAJES)
DIRECCION DE RESIDENCIA (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)		(TRABAJO)
DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE)		INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A LA CASA
SI () NO ()	A. ¿Tiene alguien una necesidad médica urgente? En caso afirmativo , dé el nombre y explique _____	
SI () NO ()	B. ¿Vive el solicitante en una Instalación de Vivienda Asistida para Adultos, una Casa de Cuidado Familiar para Adultos, una Instalación de Cuidado, u otra institución? En caso afirmativo , fecha de entrar _____. Ciudad/Condado y Estado en que vivió el Solicitante antes de entrar _____. Si fuera de Virginia , ¿hizo la colocación una agencia gubernamental? SI () NO ()	
SI () NO ()	C. CONTESTE ESTA PREGUNTA SI USTED SOLICITA MEDICAID, AYUDA GENERAL, O SUBVENCION AUXILLAR: ¿Tiene el Solicitante un/a esposo/a que no viva en la casa? En caso afirmativo , Nombre de Esposo/a: _____. Dirección de esposo/a _____.	

2. **SI () NO ()** ¿Ha solicitado alguna vez usted o la personal para quien usted solicita, o ha recibido, o recibe ahora cualquier beneficio de una agencia de servicios sociales, incluso Cupones de Comida, AFDC, TANF, Medicaid, Ayuda General, Subvenciones Auxiliares, Cuidado Adoptivo, Ayuda de Adopción, Auxilio en Efectivo para Refugiados?

NOMBRE DE SOLICITANTE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	TIPO DE BENEFICIOS RECIBIDOS
CUANDO	DE QUE CONDADO O CIUDAD O ESTADO	

3. **SI () NO ()** ¿A usted o a cualquier persona por quien usted solicita le han declarado culpable de hacer declaraciones falsas o engañosas en cuanto a su identidad o dirección para recibir TANF, Cupones de Comida, o Medicaid en dos o más estados al mismo tiempo? **En caso afirmativo**, indique la fecha y el lugar de la condena.

4. **SI () NO ()** ¿Es o usted o alguien para quien usted solicite en violación de libertad bajo palabra o libertad condicional o persona huyendo de captura para evitar inter posición o castigo por un delito mayor? **En caso afirmativo**, explique _____
5. **SI () NO ()** ¿Ha sido condenado por acciones que ocurrieron el 22 de agosto de 1996 después por un delito mayor relacionado con las drogas usted o alguien para quien usted solicite? **En caso afirmativo**, explique _____
6. **SI () NO ()** ¿Hay algo que usted quisiera disoutir con un/a trabajador/a de servicios? Esto puede incluir preocupaciones sobre sus hijos, la escuela, guardería, planificación familiar, referencias a otras organizaciones de la comunidad, u otros problemas y preocupaciones. **En caso afirmativo**, explique _____

INSTRUCCIONES

1. No escriba en las áreas de color gris. Estas áreas son sólo para el uso de la agencia.
2. Despliegue esta página. Use esta página desplegada para llenar la **SECCION A: INFORMACION GENERAL**. Conteste las preguntas en la **SECCION A** para cada persona que vive en su casa, aun si usted no hace solicitud para esa persona. Usted puede dejar sin llenar preguntas sobre ciudadanía inmigración y Seguro Social en el caso de cualquier persona para quien usted NO pida asistencia.
3. Conteste las preguntas en la SECCION B: RECURSOS y la SECCION C: INGRESOS para cada persona para la cual usted solicita. Por añadidura, si usted **solicita TANF o Medicaid**, favor de dar también información sobre recursos e ingresos en cuanto a las siguientes personas:

TANF: Niños de 18 años o menos, aun si usted no solicita para tales niños.

Medicaid: Esposo/a y niños bajo la edad de 21 años que vivan con la persona para la cual usted solicita.
Padre o madre que viva con un/a niño/a de menos de 21 años.
Esposo/a de una persona en una instalación de cuidado, hospital estatal, o centro de cuidado en la comunidad.

4. Después de llenar las Secciones A, B, y C, conteste las preguntas en las secciones indicadas abajo, según el tipo de ayuda que usted solicite:

Cupones de Comida **SECCION D** páginas 8-9

TANF **SECCION E** página 10

Medicaid **SECCION E** página 10 **sólo** para niños bajo la edad de 21 años
SECCION F PÁGINA 11

Ayuda General **SECCION E** página 10 **sólo** para niños bajo la edad de 18 años
SECCION G y H página 11

Ayuda Urgente **SECCION H** página 11

Hospitalización Estatal y Local **SECCION I** página 12

Subvenciones Auxiliares **SECCION J** página 12

Programa de Restablecimiento de Refugiados **SECCION E** página 10 **sólo** para niños de 18 años y menos

5. Lea **SUS RESPONSABILIDADES** en la página 13 y llene la Sección "Cesión de Derechos para Mantenimiento Médico" si usted solicita TANF, Medicaid, Subvenciones Auxiliares, o Hospitalización Estatal y Local.
6. Lea **INSCRIPCION ELECTORAL** en la ultima página de esta solicitud.
7. Llene la última página de esta solicitud. No se olvide de firmar y fechar la solicitud.

<p>1. TODOS EN SU CASA</p> <p>INSCRIBA A CADA PERSONA QUE VIVE SU CASA, aun si usted no hace solicitud para esa persona.</p> <p>INSCRIBASE A SI MISMO/A EN LA LINEA #1.</p> <p>Marque (✓) SI () NO () ¿Espera usted algún cambio en el número de personas que viven en su casa, sea este mes o el mes que viene? En caso afirmativo, explique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>APELLIDO(S), NOMBRE, SEGUNDA INICIAL, NOMBRE DE SOLTERA (Favor de NO escribir en los espacios marcados NUMERO DE IDENTIFICACION)</p>		<p>2. TRANSITORIAMENTE FUERA DE LA CASA</p> <p>Marque (✓) SI o NO ¿Está la persona transitoriamente fuera de la casa?</p> <p>En caso afirmativo, dé la fecha en que se espera la vuelta a casa de la persona.</p>	<p>3. PARENTESCO A LA PERSONA EN LA LINEA #1</p> <p>Dé el parentesco de cada persona a la persona inscrita en la Linea #1.</p>	<p>4. TIPO DE AYUDA PEDIDA Marque (✓) el tipo de ayuda pedida para cada persona. Si no se pide ayuda, marque NINGUNO para esa persona.</p>										
				CUPONES DE COMIDA	TANF	MEDICAID	AYUDA GENERAL	AYUDA URGENTE	HOSPITALIZACION ESTATAL Y LOCAL	SUBVENCIONES AUXILIARES	PROGRAMA DE RESTABLECIMIENTO DE REFUGIADOS	NINGUNO		
1	NUMERO DE IDENTIFICACION	SI ()	NO ()											
		FECHA												
2	NUMERO DE IDENTIFICACION	SI ()	NO ()											
		FECHA												
3	NUMERO DE IDENTIFICACION	SI ()	NO ()											
		FECHA												
4	NUMERO DE IDENTIFICACION	SI ()	NO ()											
		FECHA												
5	NUMERO DE IDENTIFICACION	SI ()	NO ()											
		FECHA												
6	NUMERO DE IDENTIFICACION	SI ()	NO ()											
		FECHA												
7	NUMERO DE IDENTIFICACION	SI ()	NO ()											
		FECHA												
8	NUMERO DE IDENTIFICACION	SI ()	NO ()											
		FECHA												
<p align="center">AGENCY USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="86 1430 1045 1521"> Determine reason person is away. Determine if any parents or spouses live in the home. Determine if persons under 18 are under parental control. Determine if anyone is a payee for anyone else. </td> <td data-bbox="1045 1430 2018 1521"> Determine living arrangements, such as subsidized housing for elderly, hospital, incarceration, etc. If person is in ALF, nursing facility, state hospital, or CBC, determine if a spouse, dependent child, or dependent relative is in the home. Determine living arrangements of the minor parent. </td> </tr> </table>													Determine reason person is away. Determine if any parents or spouses live in the home. Determine if persons under 18 are under parental control. Determine if anyone is a payee for anyone else.	Determine living arrangements, such as subsidized housing for elderly, hospital, incarceration, etc. If person is in ALF, nursing facility, state hospital, or CBC, determine if a spouse, dependent child, or dependent relative is in the home. Determine living arrangements of the minor parent.
Determine reason person is away. Determine if any parents or spouses live in the home. Determine if persons under 18 are under parental control. Determine if anyone is a payee for anyone else.	Determine living arrangements, such as subsidized housing for elderly, hospital, incarceration, etc. If person is in ALF, nursing facility, state hospital, or CBC, determine if a spouse, dependent child, or dependent relative is in the home. Determine living arrangements of the minor parent.													

USE LA PAGINA DESPLEGABLE (PAGE 1b) PARA LLENAR ESTA SECCION

5. CUIDADANO/A ESTADOUNIDENSE Marque (✓) SI o NO En caso afirmativo, no conteste la Pregunta 6. Usted puede dejar esto sin llenar para cualquier persona no incluida en la petición de asistencia.	6. SOLO EXTRANJEROS Dé Estado si nació de Extranjero Fecha de Entrada en el caso se cualquier persona para quien usted pida asistencia. Usted puede dejar esto sin llenar para cualquier persona no incluida en la petición de asistencia.	7. LUGAR DE NACIMIENTO Dé la Estado si nació en los EE, UU, o el País si nació fuera de los EE, UU. 8. FECHA DE NACIMIENTO	9a. RAZA (no se requiere) Dé la cifra para mostrar la Raza. 1. Blanco 2. Negro o Norteamericano de origen Africano 3. Indio Norteamericano o nativo de Alaska 4. Asiático 5. Natural de Hawai o de otra Isla del Pácifico	9b. IDENTIDAD ETNICA (no se requiere) 1. Hispano o Latino 2. Ni Hispano ni Latino	10. SEXO Dé la cifra para mostrar Sexo. M. Masculino F. Femenino	11. NUMERO DE SEGURO SOCIAL Dé el número de cualquier persona para quien usted pida asistencia. Usted puede dejar esto sin llenar para cualquier persona no incluida en la petición de asistencia.	12. ESTADO CIVIL Dé la cifra para mostrar Estado Civil. 1. Casado/a 2. Nunca casado/a 3. Divorciado/a 4. Viudo/a 5. Separado/a	13. VETERANO/A O PERSONA A CARGO DE UN/A VETERANO/A Marque (✓) SI o NO	14. GASTOS MEDICOS DURANTE LOS 3 MESES ANTES DE ESTA MES. Marque (✓) SI o NO En caso afirmativo dé la Fecha del gasto.
SI () NO ()	Número de Extranjero Fecha de Entrada	Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento						SI () NO ()	SI () NO () Fecha
SI () NO ()	Número de Extranjero Fecha de Entrada	Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento						SI () NO ()	SI () NO () Fecha
SI () NO ()	Número de Extranjero Fecha de Entrada	Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento						SI () NO ()	SI () NO () Fecha
SI () NO ()	Número de Extranjero Fecha de Entrada	Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento						SI () NO ()	SI () NO () Fecha
SI () NO ()	Número de Extranjero Fecha de Entrada	Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento						SI () NO ()	SI () NO () Fecha
SI () NO ()	Número de Extranjero Fecha de Entrada	Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento						SI () NO ()	SI () NO () Fecha
SI () NO ()	Número de Extranjero Fecha de Entrada	Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento						SI () NO ()	SI () NO () Fecha

AGENCY USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

For Aliens, photocopy INS document. Inquire if requesting emergency care. Determine if sponsored. Obtain sponsor's name, address, income, and resources.

For Veterans, make referral to V.A.

For Medical Expenses, determine retroactive medicaid entitlement.

<p>15. EDUCACION</p> <p>A. Dé el último año completado en la escuela.</p> <p>B. Marque (✓) SI o NO ¿Se ha graduado de la escuela superior esta persona, o tiene el equivalente (GED)?</p> <p>C. Marque (✓) SI o NO ¿Está actualmente matriculada en la escuela esta persona? En caso afirmativo, dé el nombre de la escuela, y use una de las cifras para mostrar la matriculación.</p> <p>FT/TC.....Matriculación de tiempo completo HT/MT.....Matriculación a medio tiempo LT/MM.....Matriculación a menos de medio tiempo</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DE LA ESCUELA CIFRA</p>	<p>16. ESTADO DE INCAPACIDAD</p> <p>Dé la cifra para mostrar el Estado de Incapacidad</p> <p>ND/NI.....NO incapacitado/a CD/NP..... Me necesitan para cuidar a parsona con incapacidad.</p> <p>PG/EA.....Encinta BL/CG.....Ciego/a DS/IN.....Incapacitado/a</p>	<p>17. CONTESTE SOLO SI EL ESTADO DE INCAPACIDAD EN LA SECCION 16 ES "DS/IN".</p> <p>A. Marque (✓) si la incapacidad disminuye la habilidad de trabajar o de conseguir trabajo.</p> <p>B. Marque (✓) si la incapacidad disminuye la habilidad de cuia un/a niño/a in la casa.</p> <p>C. Marque (✓) si la incapacidad requiere que alguien esté en la casa para dar cuidado.</p>	<p>18. CONTESTE SOLO SI USTED ESTA ENCINTA Y SE ESTA SOLICITANDO MEDICAID</p> <p>Dé el mes y año de Concepción y la Fecha Esperada de Parto</p>		
<p>A. Ultimo Año Completado: _____</p> <p>B. () SI () NO Graduado o equivalente</p> <p>C. () SI () NO Matriculación actual</p>				<p>A. () Habilidad de trabajar está disminuida</p> <p>B. () Habilidad de cuidar a niño está disminuida</p> <p>C. () Se necesita alguien en casa</p>	<p>Concepción</p> <p>Parto</p>
<p>A. Ultimo Año Completado: _____</p> <p>B. () SI () NO Graduado o equivalente</p> <p>C. () SI () NO Matriculación actual</p>				<p>A. () Habilidad de trabajar está disminuida</p> <p>B. () Habilidad de cuidar a niño está disminuida</p> <p>C. () Se necesita alguien en casa</p>	<p>Concepción</p> <p>Parto</p>
<p>A. Ultimo Año Completado: _____</p> <p>B. () SI () NO Graduado o equivalente</p> <p>C. () SI () NO Matriculación actual</p>				<p>A. () Habilidad de trabajar está disminuida</p> <p>B. () Habilidad de cuidar a niño está disminuida</p> <p>C. () Se necesita alguien en casa</p>	<p>Concepción</p> <p>Parto</p>
<p>A. Ultimo Año Completado: _____</p> <p>B. () SI () NO Graduado o equivalente</p> <p>C. () SI () NO Matriculación actual</p>				<p>A. () Habilidad de trabajar está disminuida</p> <p>B. () Habilidad de cuidar a niño está disminuida</p> <p>C. () Se necesita alguien en casa</p>	<p>Concepción</p> <p>Parto</p>
<p>A. Ultimo Año Completado: _____</p> <p>B. () SI () NO Graduado o equivalente</p> <p>C. () SI () NO Matriculación actual</p>				<p>A. () Habilidad de trabajar está disminuida</p> <p>B. () Habilidad de cuidar a niño está disminuida</p> <p>C. () Se necesita alguien en casa</p>	<p>Concepción</p> <p>Parto</p>
<p>A. Ultimo Año Completado: _____</p> <p>B. () SI () NO Graduado o equivalente</p> <p>C. () SI () NO Matriculación actual</p>				<p>A. () Habilidad de trabajar está disminuida</p> <p>B. () Habilidad de cuidar a niño está disminuida</p> <p>C. () Se necesita alguien en casa</p>	<p>Concepción</p> <p>Parto</p>
<p>A. Ultimo Año Completado: _____</p> <p>B. () SI () NO Graduado o equivalente</p> <p>C. () SI () NO Matriculación actual</p>				<p>A. () Habilidad de trabajar está disminuida</p> <p>B. () Habilidad de cuidar a niño está disminuida</p> <p>C. () Se necesita alguien en casa</p>	<p>Concepción</p> <p>Parto</p>
<p>A. Ultimo Año Completado: _____</p> <p>B. () SI () NO Graduado o equivalente</p> <p>C. () SI () NO Matriculación actual</p>				<p>A. () Habilidad de trabajar está disminuida</p> <p>B. () Habilidad de cuidar a niño está disminuida</p> <p>C. () Se necesita alguien en casa</p>	<p>Concepción</p> <p>Parto</p>

AGENCY USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

B. RECURSOS (TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION).

Conteste las preguntas sobre recursos para todas las personas para quienes usted está solicitando. Si la solicitud es por **TANF o Medicaid**, dé también información sobre recursos para las personas adicionales indicadas en la página de INSTRUCCIONES. Incluya todos los recursos que cualquier persona tiene, está comprando ahora, a ha heredado. Incluya todos los recursos tenidos conjuntamente con otra persona, aun si esa persona no vive con usted. Inscriba los nombres de todos que tienen propiedad en común. Después del nombre de cada propietario en común, inscriba el porcentaje (%) tenido por esa persona. Hable con su trabajador/a de elegibilidad si usted necesita ayuda en contestar estas preguntas, incluso el porcentaje tenido.

SI () NO () 1. ¿Dinero disponible y no en el banco? **En caso afirmativo**, indique dueño(s) _____ Cantidad _____

SI () NO () 2. ¿Cuentas de cheques, de ahorros, de asociaciones de crédito, de Navidad, de mercado monetario, certificados de depito, cuenta para desarrollo individual, fondos para pacientes en una Instalación de Cuidado o una Residencia de Cuidado para Adultos, o un fondo especial para cuidado de asistencia social? Ponga en lista todas las cuentas, aun si no contienen dinero. **En caso afirmativo** en cuanto a una cuenta de ahorros, ¿se ha establecido la cuenta de ahorros para costear la escuela, para hacer un pago inicial para una casa o para empezar un negocio?

Marque (✓) **SI () NO ()**

Si la cuenta de ahorros es para pagar gastos escolares, inscriba aquí la(s) persona(s) para quen(es) se pagarán los gastos _____

DUEÑO(S)	TIPO DE CUENTA	DONDE	SI () NO ()	CANTIDAD	FECHA DE ADQUISICION
	NUMERO DE CUENTA		¿Se usa este recurso en su negocio u oficio, incluso agricultura?		
DUEÑO(S)	TIPO DE CUENTA	DONDE	SI () NO ()	CANTIDAD	FECHA DE ADQUISICION
	NUMERO DE CUENTA		¿Se usa este recurso en su negocio u oficio, incluso agricultura?		
DUEÑO(S)	TIPO DE CUENTA	DONDE	SI () NO ()	CANTIDAD	FECHA DE ADQUISICION
	NUMERO DE CUENTA		¿Se usa este recurso en su negocio u oficio, incluso agricultura?		

SI () NO () 3. ¿Acciones o bonos, fondos fiduciarios, programas de pensión, cuentas de jubilación, pagarés, o billetes de crédito?

DUEÑO(S)	TIPO	DONDE	CANTIDAD	FECHA DE ADQUISICION
			\$	
DUEÑO(S)	TIPO	DONDE	CANTIDAD	FECHA DE ADQUISICION
			\$	

SI () NO () 4. ¿Cuadros de entierro, arreglos o fondos para entierro?

DUEÑO(S)	NUMERO DE CUADROS TIPO DE ARREGLO	DONDE	VALOR \$ CANTIDAD DEBIDA \$	FECHA DE ADQUISICION
DUEÑO(S)	NUMERO DE CUADROS TIPO DE ARREGLO	DONDE	VALOR \$ CANTIDAD DEBIDA \$	FECHA DE ADQUISICION

SI () NO () 5. ¿Propiedad personal, como caravanas/remolques, botes sin motor, remolques de utilidad, herramientas, equipos, abastecimientos, o ganado?

DUEÑO(S)	TIPO	SI () NO () ¿Es necesaria esta propiedad para su negocio u oficio incluso agricultura?	VALOR \$ CANTIDAD DEBIDA \$	FECHA DE ADQUISICION
----------	------	---	--------------------------------------	----------------------

SI () NO () 6. ¿Bienes raíces, incluso propiedades perpetuas, terrenos, edificios, o casas móviles? **En caso afirmativo**, ¿vive usted allí? Marque (✓) **SI () NO ()**

DUEÑO(S)	TIPO (INCLUYA NUMERO DE ACRES)	SI () NO () ALQUILADO AHORA SI () NO () PRODUCE RENTA SI () NO () EN VENTA AHORA	VALOR \$ CANTIDAD DEBIDA \$	FECHA DE ADQUISICION
----------	-----------------------------------	--	--------------------------------------	----------------------

SI () NO () 7. ¿Vehículos licenciados o no, tales como carros, camiones, camionetas, botes a motor, casas a remolque con motor, casas móviles, vehículos de recreo, o motocicletas/ciclomotores?

DUEÑO(S)	TIPO DE VEHICULO AÑO-MARCA-MODELO NUMERO DE IDENTIFICACION	¿TIENE PLACA? SI () NO ()	NUMERO DE MATRICULA	VALOR \$ CANTIDAD DEBIDA \$	EXPLIQUE COMO SE USA EL VEHICULO	FECHA DE ADQUISICION
DUEÑO(S)	TIPO DE VEHICULO AÑO-MARCA-MODELO NUMERO DE IDENTIFICACION	¿TIENE PLACA? SI () NO ()	NUMERO DE MATRICULA	VALOR \$ CANTIDAD DEBIDA \$	EXPLIQUE COMO SE USA EL VEHICULO	FECHA DE ADQUISICION

SI () NO () 8. ¿Seguro Medico?

POSEEDOR DE LA PLIZA	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DE LA COMPANIA	FECHA DE COMIENZO	NUMERO DE IDENTIFICACION	TIPO DE PROTECCION	PERSONA(S) PROTEGIDA(S)
		FECHA DE TERMINACION	CANTIDAD DE PRIMA		
POSEEDOR DE LA PLIZA	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DE LA COMPANIA	FECHA DE COMIENZO	NUMERO DE IDENTIFICACION	TIPO DE PROTECCION	PERSONA(S) PROTEGIDA(S)
		FECHA DE TERMINACION	CANTIDAD DE PRIMA		

SI () NO () 9. ¿Medicare?

PERSONA PROTEGIDA	NUMERO DE PETICION	MARQUE (✓) () PARTE A () PARTE B	FECHA DE COMIENZO FECHA DE TERMINACION	PRIMA \$	METODO DE PAGO
PERSONA PROTEGIDA	NUMERO DE PETICION	MARQUE (✓) () PARTE A () PARTE B	FECHA DE COMIENZO FECHA DE TERMINACION	PRIMA \$	METODO DE PAGO

SI () NO () 10. ¿Pólizas de seguro de vida? (NO SE REQUIERE SI USTED HACE SOLICITUD SOLO POR CUPONES DE COMIDA)

DUEÑO(S)	PERSONA(S) PROTEGIDA(S)	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DE LA COMPANIA	TIPO DE POLIZA	NUMERO DE LA POLIZA	VALOR NOMINAL \$	VALOR EFECTIVO \$	FECHA DE ADQUISICION
DUEÑO(S)	PERSONA(S) PROTEGIDA(S)	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DE LA COMPANIA	TIPO DE POLIZA	NUMERO DE LA POLIZA	VALOR NOMINAL \$	VALOR EFECTIVO \$	FECHA DE ADQUISICION

SI () NO () 11. ¿Es que alguien ha vendido, transferido, o donado cualquier recurso en los últimos 3 meses pasados en el caso de solicitar Cupones de Comida? En los últimos 2 años en el caso de solicitar TANF o Ayuda General? ¿Cualquier recurso o ingreso en los últimos 5 años en el caso de solicitar Medicaid?

PROPIEDAD TRANSFERIDA	VALOR EN FECHA DE TRANSFERENCIA \$	CANTIDAD RECIBIDA \$	EXPLIQUE LA RAZON POR LA TRANSFERENCIA
DE QUIEN	A QUIEN	FECHA DE ADQUISICION	FECHA DE TRANSFERENCIA

SI () NO () 12A. ¿Recibe alguien dinero a causa de un pleito por daño a persona o propiedad? **En caso afirmativo**, explique.

SI () NO () 12B. ¿Espera alguien un cambio de recursos este mes o el mes que viene? **En caso afirmativo**, explique y dé la fecha en que se espera el cambio.

EXPLICACION

C. INGRESOS (TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION)

Contesta las preguntas sobre ingresos para todos para quienes usted hace solicitud. Si se solicita **TANF o Medicaid**, dé también datos sobre ingresos para las otras personas indicadas en la página de INSTRUCCIONES. **Y para TANF, y Medicaid** para niños, dé también datos sobre padres o padrastros de un/a niño/a que vivan en las casa; sobre cualquier persona que viva con el padre o la madre como esposo/a. Si el padre o la madre tiene menos de 18 años (para **TANF**) o menos de 21 años (para **Medicaid**), sírvase dar también información sobre los ingresos del padre o la madre del padre o la madre menor de edad.

1. ¿Recibe alguien cualquiera de los siguientes tipos de ingresos de un trabajo? Marque (✓) **SI or NO** para cada tipo. **En caso afirmativo**, dé la información pedida.

- | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| SI () NO () Salario/Sueldo | SI () NO () Pago de vacaciones | SI () NO () Agricultura, Pesca | SI () NO () Otra trabajo por cuenta propia |
| SI () NO () Ingresos de contrato | SI () NO () Pago por enfermedad ganado | SI () NO () Trabajo doméstico | SI () NO () ¿otro dinero ganado del trabajo? |
| SI () NO () Comisiones, beneficios, propinas | SI () NO () Cuidado de niños/guardería | SI () NO () Trabajos sueltos | |

PERSONA QUE RECIBE DINERO DEL TRABAJO	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DEL EMPLEADOR	FECHA DE COMIENZO DEL EMPLEO	HORAS DE TRABAJO AL MES	TIPO DE SUELDO	FRECUENCIA DE PAGO	DIA DE LA SEMANA EN QUE SE PAGA	BRUTO MENSUAL ANTES DE DEDUCCIONES
				\$	POR		
				\$	POR		
				\$	POR		

2. ¿Recibe alguien cualquier otro tipo de dinero? Marque (✓) **SI or NO** para cada tipo. **En caso afirmativo**, dé la información pedida.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| SI () NO () Seguro Social | SI () NO () Mantenimiento de niño(s), pensión por divorcio | SI () NO () Regalos de dinero o contribuciones | SI () NO () Préstamos |
| SI () NO () SSI | SI () NO () Estipendio militar | SI () NO () Asistencia pública | SI () NO () Estipendios para aprendizaje, incluso JTPA |
| SI () NO () Beneficios para veteranos | SI () NO () Beneficios de desempleo | SI () NO () Ingresos por pensión completa | SI () NO () Herencia |
| SI () NO () Beneficios de neumoconiosis ("pulmón negro") | SI () NO () Indemnización obrera | SI () NO () Ingresos de alquiler | SI () NO () Toda la comida, ropa, servicios públicos, o alquiler |
| SI () NO () Jubilación ferroviaria | SI () NO () Beneficios de huelga | SI () NO () Ganancias de premios | SI () NO () ¿Cualquier otro tipo de dinero? |
| SI () NO () Otra jubilación | SI () NO () Interés, dividendos | SI () NO () Arreglos de seguro | |

PERSONA QUE RECIBE EL DINERO	TIPO DE DINERO RECIBIDO	CON QUE FRECUENCIA RECIBIDO	CUANDO RECIBIDO	CANTIDAD BRUTA MENSUAL ANTES DE DEDUCCIONES

AGENCY USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

For Self Employment Income, determine expenses.
 For Day Care Income, determine whether child lives in the home, number of snacks or meals, expenses.
 For Roomer/Boarder Income, determine whether heat is provided, number of meals provided per day.
 For Rental Income, determine whether property is actively self-managed, expenses.
 For Earned Income, determine whether earnings include EITC advance payments.
 Inquire if SSI has been applied for.

For Food Stamps, investigate voluntary quit/work reduction.
 For TANF, determine day care option.
 For Medicaid, determine income of spouse, dependent child, or dependent relative of person in nursing facility, state hospital, or CBC.

SI () NO () 3. ¿Es que alguien ha sido despedido, ha tomado licencia por enfermedad o maternidad , se ha declarado en huelga, ha renunciado un empleo o ha trabajado horas reducidas dentro de los últimos 60 días pasados?

NOMBRE DE LA PERSONA	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DE EMPLEADOR	EMPLEADO/A DESDE/HASTA	HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA	TIPO DE SUELDO	FRECUENCIA DE PAGO	FECHA DE ULTIMO PAGO RECIBIDO	RAZON POR RENUNCIA, HORAS REDUCIDAS
				\$ POR			

SI () NO () 4. ¿Además de las personas para quienes usted solicita, ¿es que alguien le paga directamente a usted, le ayuda a pagar, o le presta dinero para pagar alquiler, servicios públicos, cuentas médicas, o cualquier otra cuenta? ¿O le da alguien regularmente a usted o a otra persona toda la comida o toda la ropa?

PERSONA QUE RECIBE AYUDA	PERSONA QUE DA AYUDA	TIPO DE AYUDA RECIBIDA	CANTIDAD	VIENE EL DINERO DIRECTAMENTE A USTED?	ES ESTO UN PRESTAMO?	SE ESPERA REEMBOLSO?
			\$ POR	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()
			\$ POR	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()

SI () NO () 5. ¿Es que alguien ha solicitado o recibido ayuda financiera para estudiantes o ayuda en un programa de trabajo-estudio en un período académico conrriente en una universidad? O, ¿cualquier escuela o aprendizaje más allá de la secundaria? O, ¿cualquier escuela o aprendizaje para personas con una incapacidad física o mental?

NOMBRE DE LA PERSONA	TIPO DE AYUDA FINANCIERA	CANTIDAD	PERIODO ABARCADO	GASTOS DE LA ESCUELA					
				DERECHOS DE MATRICULA	LIBROS Y ARTICULOS	TRANSPORTE	CUIDADO DE PERSONA(S) A CARGO	PENSION	OTROS (ESPECIFIQUE)
		\$	DESDE HASTA	\$	\$	\$	\$	\$	\$
		\$	DESDE HASTA	\$	\$	\$	\$	\$	\$

SI () NO () 6. ¿Espera alguien cualquier cambio en el tipo de dinero recibido, empleo, u horas de trabajo, o este mes o el mes que viene? **En caso afirmativo**, explique y dé la fecha: _____

SI () NO () 7. ¿Tiene alguien gastos de cuidado durante el día para un/a niño/a una persona mayor de edad, o un adulto con una incapacidad?

PERSONA QUE PAGA CUIDADO	PERSONA QUE RECIBE CUIDADO	MARQUE (✓) SI INCAPACITADO	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DEL PROVEEDOR	CANTIDAD PAGADA
		() INCAPACITADO		\$ POR
		() INCAPACITADO		\$ POR

SI () NO () 8. ¿Paga alguien mantenimiento infantil legalmente requerido a alguien que no viva ex la casa? **En caso afirmativo**, la persona quem paga: _____
Persona mantenida: _____ Cantidad pagada, con qué frecuencia: \$ _____

SI () NO () 9. ¿CONTESTE SOLO SI ALGUIEN SOLICITA MEDICAID Y ES CIEGO/A O ESTA INCAPACITADO/A: ¿Tiene esta persona gasto relacionado con el trabajo? **En caso afirmativo**, dé la cantidad y explique. _____

CABEZA DE CASA

D. CUPONES DE COMIDA

1. Incriba el nombre de la persona que es la cabeza de la casa de usted.

NOTA: Refiérase al Folleto de Programas de Asistencia Temporal para información sobre el nombrar a la Cabeza de Casa.

SI () NO () 2. ¿Le gustaría nombrar a uno o más representantes que pudieran solicitar cupones de comida por usted, recoger o recibir cupones de comida por usted, usar sus cupones de comida por usted en tiendas de comestibles, o recibir correspondencia y notificaciones sobre cupones de comida por usted?

	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DE REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO(S)	MARQUE (✓) CADA FUNCION AUTORIZADA PARA ESA PERSONA	
1		() Solicitar cupones de comida () Recibir cupones de comida	() Usar cupones de comida () Recibir correspondencia
2		() Solicitar cupones de comida () Recibir cupones de comida	() Usar cupones de comida () Recibir correspondencia

Una persona autorizada debe tener permiso escrito para solicitar cupones de comida. Este permiso puede darse en el espacio arriba o en una carta. Sólo puede dar permiso la cabeza de la casa, el/la esposo/a, o cualquier miembro mayor de la casa de la edad de 18 o más.

SI () NO () 3. ¿Vive alguien en su casa que NO se incluya en su solicitud por Cupones de Comida?

En caso afirmativo, ¿normalmente compran y preparan las comidas usted y todos para quienes usted solicita a distancia de esas personas? O, ¿piensa hacerlo si se aprueba su solicitud por Cupones de Comida? Marque (✓) **SI () NO () En casa afirmativo**, inscriba los nombres: _____

SI () NO () 4. ¿Vive en su casa huésped o pensionista? **En caso afirmativo**, inscriba los nombres: _____

SI () NO () 5. ¿Hay alguien de 60 años a más, **O** que tenga aprobación para recibir Medicaid a causa de una incapacidad, **O** que reciba cualquier tipo de cheque de incapacidad?

En caso afirmativo, inscriba todos los gastos médicos corrientes para estas personas, incluso primas de Medicare, otras primas de seguros médicos, cuentas médicas y dentales, psicoterapia, drogas recetadas, gafas, dentaduras postizas, audifonos, transporte para servicios médicos, servicios de enfermeras, y cualquier otra cuenta médica. TAMBIEN, indique cómo usted quiere que se deduzcan estas cuentas médicas para que se pueda determinar sus beneficios de cupones de comida. HABLE CON SU TRABAJADOR/A ANTES DE RESPONDER SOBRE EL METODO DE DEDUCCION.

PERSONA QUE TIENE EL GASTO	TIPO DE GASTO	CANTIDAD	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DE MEDICO, HOSPITAL, FARMACIA	METODO DE DEDUCCION
		\$		() Suma Total () Promedio Mensual () Pago Esperado
		\$		() Suma Total () Promedio Mensual () Pago Esperado
		\$		() Suma Total () Promedio Mensual () Pago Esperado

SI () NO () 6. ¿Tiene alguien gastos de alquiler o hipoteca, impuestos sobre bienes raíces, impuestos de propiedad sobre una casa móvil, seguro de propietario de casa, electricidad, gasolina, queroseno, carbón, petróleo, leña, agua o alcantarilla, teléfono, o costo inicial para instalación de servicios públicos o teléfono? **En caso afirmativo**, conteste las preguntas a, b, y c. Entonces, dé la información pedida abajo en las casillas.

- a. **SI () NO ()** ¿Se incluyen servicios en su alquiler? **En caso afirmativo**, deje vacías esas casillas.
- b. **SI () NO ()** ¿Se incluyen impuestos o seguros en su pago de hipoteca? **En caso afirmativo**, deje vacías esas casillas.
- c. **SI () NO ()** ¿Tiene usted gasto por servicio telefónico? **En caso afirmativo**, ¿le ayuda a pagar su cuenta telefónica alguien que vive en su casa pero que no está incluida en su solicitud por Cupones de Comida? Marque (✓) **SI () NO ()** **En caso afirmativo**, explique _____

GASTO	ALQUILER O HIPOTECA	IMPUESTOS	SEGUROS	ELECTRICIDAD	GASOLINA	QUEROSENO	CARBON	PETROLEC	LEÑA	AGUA/ALCANTARILLA	BASURA	INSTALACION
CANTIDAD DE LA CUENTA	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
FRECUENCIA												
QUIEN PAGA												

SI () NO () 7. ¿Tiene alguien o espera alguien tener gastos para calefacción o aire acondicionado? O, ¿ha recibido alguien ayuda del Programa de Asistencia para Combustibles durante el año pasado?

En caso afirmativo, marque (✓) si le gustaría que se determinaran sus beneficios de cupones de comida usando sus verdaderos gastos de servicios o una cantidad standard que usamos para estos gastos. **HABLE CON SU TRABAJADOR/A ANTES DE CONTESTAR. Verdaderos gastos de servicios () Cantidad standard ()**

Si se selecciona la **Cantidad standard**, ¿le ayuda a pagar su cuenta para calefacción o aire acondicionado alguien que vive en su casa pero que no está incluido en su solicitud por Cupones de Comida? Marque (✓) **SI () NO ()** **En caso afirmativo**, explique: _____

SI () NO () 8. ¿Se aloja usted temporalmente en la casa de otra persona, un asilo de emergencia, hotel de asistencia social, otro centro de rehabilitación, o un lugar no usado normalmente para dormir? Si usted se aloja temporalmente en la casa de otra persona, dé la fecha en que usted se instaló en esa casa. _____

En caso afirmativo, marque (✓) si le gustaría que se determinaran sus beneficios de Cupones de Comida usando sus verdaderos gastos de alojamiento o una cantidad standard que usamos para estos gastos. **HABLE CON SU TRABAJADOR/A ANTES DE CONTESTAR. Verdaderos gastos de servicios () Prestación para los sin hogar ()**

SI () NO () 9. ¿Tiene alguien un gasto de alojamiento para una casa (alquilada o poseída) en que no se vive temporalmente a causa de empleo o aprendizaje en otra ciudad, enfermedad, o algún desastre?

RAZON POR NO VIVIR ALLI	¿PIENSA VOLVER LA PERSONA?	TIPO Y CANTIDAD DE GASTOS PARA ALOJAMIENTO	¿VIVE OTRA PERSONA ALLI?	EN ESE CASO, ¿PAGA ESA PERSONA EL ALQUILER?
	SI () NO ()		SI () NO ()	SI () NO ()

E. ASISTENCIA FINANCIERA Y MEDICA PARA NIÑOS

(PIDO UNA HOJA EXTRA SI USTED NECESITA MAS ESPACIO)

		CENTESTE PREGUNTA 3 SOLO SI UD CONTESTO "AUSENTE" AL NO. 2.										CENTESTE LAS PREGUNTAS 4, 5 Y 6 SOLO SI LA CONTESTACION AL NUMERO 3 ES "SEPARADOS, VIVIENDO SEPARADAMENTE".			CENTESTE PREGUNTA 7 SOLO SI USTED SOLICITA TANF Y EL NIÑO/LA NIÑA NO ASISTE A LA ESCUELA		
1. Inscriba el nombre de cada niño/a para quien usted solicita. Entonces, inscriba los nombres de los padres. USTED TIENE QUE IDENTIFICAR A AMBOS PADRES PARA RECIBIR TANF. SI USTED INTENCIONADAMENTE IDENTIFICA MAL A CUALQUIER PADRE, <u>A USTED LE PROCESARAN.</u>		2. Marque (✓) si la madre o el padre está:		3. RAZON POR AUSENCIA Para cada madre o padre ausente, marque (✓) la razón por cada ausencia. (No se refiere a TANF)										4. MANTENIMIENTO FINANCIERO ¿Contribuye regularmente mantenimiento financiero mensual MADRE/PADRE AUSTENTE? Marque (✓) SI o NO En caso afirmativo , dé la cantidad y la frecuencia de recibo.	5. CUIDADO FISICO ¿Se ocupa regularmente madre/padre AUSTENTE de que el niño coma, duerma, se bañe, se vista debidamente, y consiga cuidado médico apropiado? Marque (✓) SI o NO	6. CONSEJOS ¿Participa regularmente madre/padre AUSTENTE en las actividades del niño, asiste a reuniones de la escuela, y comparte en decisiones sobre la disciplina? Marque (✓) SI o NO	7. INMUNIZACIONES ¿Ha recibido el niño TODAS las inmunizaciones requeridas según la edad del niño?
		DESEMPLEADO/A	INCAPACITADO/A	MUERTO/A	AUSENTE	SEPARADOS, VIVIENDO	PATERNIDAD NO ESTABLECIDA	DIVORCIADOS O MATRIMONIO	ENCARCELADO/A	ABANDONO A LA FAMILIA	SENTENCIADO/A A TRABAJO SIN PAGAR	DEPORTADO/A					
NOMBRE DEL NIÑO																SI () NO () NO SE SABE ()	
MADRE														SI () NO () CANTIDAD \$ POR	SI () NO ()	SI () NO ()	
PADRE														SI () NO () CANTIDAD \$ POR	SI () NO ()	SI () NO ()	
NOMBRE DEL NIÑO																SI () NO () NO SE SABE ()	
MADRE														SI () NO () CANTIDAD \$ POR	SI () NO ()	SI () NO ()	
PADRE														SI () NO () CANTIDAD \$ POR	SI () NO ()	SI () NO ()	
NOMBRE DEL NIÑO																SI () NO () NO SE SABE ()	
MADRE														SI () NO () CANTIDAD \$ POR	SI () NO ()	SI () NO ()	
PADRE														SI () NO () CANTIDAD \$ POR	SI () NO ()	SI () NO ()	
NOMBRE DEL NIÑO																SI () NO () NO SE SABE ()	
MADRE														SI () NO () CANTIDAD \$ POR	SI () NO ()	SI () NO ()	
PADRE														SI () NO () CANTIDAD \$ POR	SI () NO ()	SI () NO ()	

F. MEDICAID

SI () NO () 1. ¿Ha recibido usted ISS o un Subsidio Auxiliar y ISS en el mismo mes después del primero de abril de 1977?

SI () NO () 2. ¿Se ha cancelado su ISS o Subsidio Auxiliar después del primero de abril de 1977?

G. AYUDA GENERAL

SI () NO () 1. ¿Tiene alguien responsabilidad por alquiler o servicios públicos (pero no el teléfono), aun si otra persona ayuda a pagar?

SI () NO () 2. ¿Ha solicitado alguien Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI)? **En caso afirmativo**, dé la fecha de solicitud: _____

Marque (✓) uno: () NO SE HECHO UNA DECISION () SE HA APROBADO LA SOLICITUD
() SE HA NEGADO LA SOLICICITUD () SE HE APELADO LA DECISION

H. AYUDA GENERAL/ASISTENCIA DE NECESIDAD URGENTE

SI () NO () 1. ¿Tiene alguien gastos de nesidad urgente para comida, alquiler, servicios públicos (con excepción de depósitos), servicios médicos, ropa, o de transitoriedad o de situación nueva?

DESCRIPCION Y CAUSA DE NECESIDAD URGENTE
--

I. HOSPITALIZACION ESTATAL Y LOCAL

SI () NO () 1. ¿Ha recibido usted o recibirá servicios de hospitalización como paciente internado o no hospitalizado, o servicios quirúrgicos ambulatorios, o servicios por una clínica de un departamento de salud?

PERSONA QUE RECIBE/RECIBIO EL SERVICIO	NOMBRE DE HOSPITAL O CLINICA	SI EL SERVICIO YA SE HA RECIBIDO, DE LAS SIGUIENTES FECHAS	
		FECHA DE ADMISION:	FECHA DE ALTA:

Si usted se hospitalizó como resultado de un accidente, complete lo siguiente:

QUE PASO, DONDE, COMO	NOMBRE DE PERSONA CULPABLE	SE PLANEA O ESTA EN CURSO UN PLEITO DE RESPONSABILIDAD? SI () NO ()
NOMBRE, DIRECCION DE TODAS COMPAÑIAS DE SEGUROS INTERESADAS		NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DEL ABOGADO DE USTED

J. SUBVENCIONES AUXILIARES

SI () NO () 1. ¿Tiene usted bienes domésticos o efectos personales con valor de más de \$500, tales como plata, loza fina, pieles, de arte, joyas caras, u otros articulos caros?

DESCRIPCION Y VALOR DE LOS ARTICULOS

SI () NO () 2. ¿Debe usted o pagó usted en el mes de solicitud cualesquier cuentas que usted tenia antes de entrar en la instalación de vivienda asistida para adultos?

DESCRIPCION DE LAS CUENTAS	FECHAS DE LAS CUENTAS	FECHAS EN QUE SE PAGARON LA CUENTAS
----------------------------	-----------------------	-------------------------------------

**SUS RESPONSABILIDADES
LEA ESTA SECCION CON CUIDADO ANTES DE FIRMAR ESTA SOLICITUD**

CAMBIOS

Usted tiene que informar dentro de 10 días sobre cambios para los programas de Cupones de Comida, Auxilio Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y Medicaid. Usted tiene que informar de cambios para los Subsidios Auxiliares y los Programas de Auxilio General el día en que ocurra el cambio o el primer día en que la agencia esté abierta después de que el cambio ocurra. Los siguientes ejemplos de cambios pueden incluir algunos que no tienen que ser comunicados para cada programa. Si usted no está seguro/a si debe comunicar un cambio particular o no, favor de discutir el cambio con su trabajador/a.

1. Cambio de dirección y cualesquier cambios en costos de alojamiento debidos a la mudanza.
2. Cambio en la casa – alguien salió, alguien nació, etc.
3. Cambio de fuente de ingresos – nuevo empleo, terminación de empleo, otras prestaciones, etc.
4. Cambio de horas de trabajo de tiempo parcial a tiempo completo de tiempo completo a tiempo parcial.
5. Cambio de razón de paga por hora/día, etc.
6. Cambio de cantidad de ingresos mensuales recibidos de una fuente además del trabajo (Para Cupones de Comida y TANF comuníqueme cambios de más de \$25.00 por mes).
7. Cambio de recursos.
8. Cambio de posesión de vehículos motorizados.
9. Cambio de pago legalmente obligado de manutención de niños (sólo para Cupones de Comida).
10. Cambio de estado civil.
11. Una persona en la casa ya no está minusválida.
12. Cambio de gastos de cuidado de una persona a cargo.
13. Una persona en la casa ha sido condenada por un delito relacionado con las drogas (sólo para TANF).
14. Otros cambios que puedan afectar la elegibilidad a un programa o la cantidad de ayuda.

PENAS POR VIOLACIONES DE TANF

Usted no debe dar a sabiendas información falsa, ocultar información, o dejar de comunicar cambios a tiempo para recibir TANF.

Si a usted le declaran culpable de romper deliberadamente estas reglas, usted estará inelegible a recibir TANF para usted mismo/a por 6 meses (primera violación), 12 meses (segunda violación), o permanentemente (tercera violación). Por añadidura, le pueden procesar bajo la ley Federal o Estatal.

Quedará inelegible por TANF por 10 años cualquier persona condenada por representación fraudulenta de su residencia por conseguir TANF, Medicaid, Cupones de Comida o SSI en dos estados o más.

PENAS POR VIOLACIONES DEL PROGRAMA DE CUPONES DE COMIDA

Usted no debe dar información falsa ni ocultar información para conseguir cupones de comida. Usted no debe trocar o vender ni cupones de comida, ni tarjetas de autorización (tarjetas de ATP), o tarjetas de EBT. Usted no debe alterar tarjetas de ATP para conseguir cupones de comida a los cuales usted no está elegible a recibir. Usted no debe usar cupones de comida para comprar artículos que no son comestibles, tales como alcohol, tabaco y productos de papel. Usted no debe usar los cupones de comida, tarjeta de EBT o ni las tarjetas, de ATP de otras personas para la casa de usted.

Si una persona deliberadamente viola cualquiera de estas reglas, a esa persona le pueden excluir del Programa de Cupones de Comida por 12 meses (1ra violación); 24 meses (2a violación), o para siempre (3ra violación); poner una multa de \$250,000, encarcelar por hasta 20 años, o los dos; y suspender por otros 18 meses y además procesar bajo otras leyes Federales y Estatales.

Si una persona deliberadamente da información falsa u oculta información sobre identidad o residencia por conseguir Cupones de Comida en más de una localidad a la misma vez, a esa persona le pueden excluir por 10 años.

A cualquier persona que le hayan declarado culpable de trocar o vender Cupones de Comida con valor de \$500.00 o más, le pueden excluir para siempre.

A cualquier persona que le hayan declarado culpable de trocar cupones de comida por una sustancia controlada, le pueden excluir por 24 meses por la 1ra violación, para siempre por la 2a violación.

A cualquier persona que le hayan declarado culpable de trocar cupones de comida por armas de fuego, municiones, o explosivos, le pueden excluir para siempre por la 1ra violación.

A alguien condenado por un delito por acciones que ocurrieron el 22 de agosto de 1996 o después, se le puede excluir para siempre.

INFORMACION SOBRE LA SECCION DE APLICACION DE MANTENIMIENTO DE NINOS (DCSE)

Para recibir pagos de TANF, se requiere la asignación de todos los derechos al mantenimiento financiero pagado a usted y a otros para quienes usted reciba beneficios de TANF. Usted tiene que darle a la División de Cumplimiento de Manutención de Niños (DCSE) cualquier pago de manutención que usted reciba después de que se apruebe su caso TANF (Auxilio Temporal para Familias Necesitadas). Aceptando el cheque TANF, usted accede a transferir estos derechos.

CESION DE DERECHOS PARA MANTENIMIENTO MEDICO

Para recibir Medicaid o SLH, a cada persona de 18 años o más se le requiere asignar todos los derechos al mantenimiento al Departamento de Servicios de Asistencia Médicas (DMAS). Esto significa que usted tiene que darle a DMAS cualquier pago que usted reciba de otro asegurador. A usted se le requiere también asignar estos mismos derechos para todos para quienes usted tenga el derecho legal de hacerlo. Si usted falta al deber de asignar sus derechos al mantenimiento médico, usted quedará inelegible para Medicaid y SLH. El incumplimiento de transferir los derechos de cualquier otra persona no le hará a esa persona inelegible a Medicaid.

INSTRUCCIONES: Use la columna **A**, pongo sus iniciales al lado de una de las declaraciones, y firme su nombre. Cualquier otra persona de la edad de 18 años o más debiera usar la columna **B**, poner sus iniciales al lado de una de las declaraciones, y firmar sus nombre.

A	B	
_____	_____	Asigno mis derechos y los derechos de todos para quienes tengo el derecho legal de hacerlo.
_____	_____	Me niego a asignar mis derechos.
_____	_____	Me niego a asignar los derechos de: (nombre)_____
Firma A: _____		
Firma B: _____		

INSCRIPCION ELECTORAL

CONTESTE SOLO SI USTED SOLICITA CUPONES DE COMIDA, TANF, O MEDICAID. SI USTED NO RESPONDE, SE CONSIDERARA QUE USTED HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Marque (✓) uno de los siguientes:

SI () NO () Si usted no está inscrito/a para votar donde usted actualmente vive, ¿le gustaría inscribirse para votar aquí hoy? Contestando "Si" a esta pregunta, certifico que se me dio para llenar una solicitud de inscripción de votante. (Si usted necesita ayuda en llenar la solicitud de inscripción de votante, nosotros le ayudaremos. Es suya la decisión de aceptar ayuda. También tiene usted el derecho de llenar su solicitud de inscripción de votante en un lugar privado.)

SI () NO () Ya estoy enscrito/a para votar en mi dirección actual. (Si usted ya está inscrito/a en su dirección actual, usted no tiene derecho a inscribirse para votar.)

SI () NO () No deseo solicitar para votar hoy.

Su decisión de inscribirse o de negarse a inscribirse para votar no influirá en la asistencia o los servicios que le den esta agencia. Quedará confidencial una decisión de no solicitar inscripción electoral. También quedarán confidenciales una decisión de solicitar inscripción electoral y la oficina donde se presentó su solicitud, y esta información se puede usar sólo por fines de inscripción. Si usted cree que alguien ha obstruido su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, su derecho a ejercer en privado la decisión de inscribirse o de solicitar para inscribirse para votar, usted puede presentar una queja en la oficina del Secretary of the Virginia State Board of Elections (Secretario del Consejo de elecciones de Virginia), Ninth Street Office Building, 200 North Ninth Street, Richmond, Va 23219-3497; teléfono (804) 864-8901.

Agency Use Only: Face-to-Face interview not required. A voter registration form was mailed.

POR MI FIRMA ABAJO, YO DECLARO QUE TODO LO SIGUIENTE ES VERDADERO

Comprendo:

- Toda la información en las secciones INFORMACION GENERAL y SUS RESPONSABILIDADES de esta solicitud.
 - Que si doy información falsa, incorrecta o incompleta, incluso si intencionadamente identifiqué mal al padre o a la madre del niño/de la niña, es posible que yo viole la ley y que me puedan procesar por perjurio, hurto, o fraude de asistencia social.
 - Que si yo ayudé a alguien a completar este formulario para que esa persona recibiera beneficios a los cuales no tuviera derecho, es posible que haya violado la ley y que me puedan procesar.
 - Que si me niego a cooperar con cualquier revista de mi elegibilidad, incluso revistas por la Sección de Control de la Calidad, es posible que me nieguen los beneficios hasta que yo coopere.
 - Que si mi solicitud es por Cupones de Comida, el incumplimiento de comunicación de mis gastos se vera como declara on por mi casa que no deseo recibir deducción por gastos no comunicados.
- Cada persona por quien yo solicito es o ciudadano/a de los Estados Unidos o extranjero/a en estado de inmigración legal, a menos que yo solicite servicios médicos de emergencia, por los cuales no hay requisito ni de ciudadanía ni de estado de extranjero/a legal.

Toda la información en esta solicitud es correcta y completa según mi leal saber y entender, incluso la información sobre ciudadanía y estado extranjero.

Mi firma autoriza que esta agencia consiga cualquier información necesaria tanto para determinar como para volver a examinar mi elegibilidad. Doy permiso que se pueda dar cualquier información médico o psicológica de cualquier fuente a la agencia estatal o local que examine esta solicitud para determinar asistencia financiera o médico. Es visgente esta autorización por un año desde la fecha de mi firma abajo. Comprendo que este plazo no rige en caso de investigaciones sobre la posibilidad de actos fraudulentos.

Recibí el Folleto de Programas de Asistencia Temporal **SI () NO ()** **SOLICITANTES POR MEDICAID:** Recibí el Manual Medicaid **SI () NO ()**

SOLICITANTES PARA TANF: Alguien me explicó el programa de asistencia de diversión (diversionary assistance program). **SI () NO ()**
 Alguien me explicó la cláusula del límite familiar (family cap provision) **SI () NO ()**

Yo mismo/a llené esta solicitud. **SI () NO ()** **En caso negativo,** alguien me la leyó después de que se completó. **SI () NO ()**

FIRMA O SIGNO DEL SOLICITANTE O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO/A	FECHA	FIRMA O SIGNO DE ESPOSO/A DEL SOLICITANTE O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO/A (NO SE REQUIERE PARA CUPONES DE COMIDA)	FECHA
TESITGO AL SIGNO O INTERPRETE	FECHA	FIRMA DE TRABAJADO/A	FECHA

Complete la casilla abajo si esta solicitud fue llenada para el solicitante por otra persona:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENO LA SOLICITUD	FECHA	DIRECCION
TELEFONO (CASA) (TRABAJO)	PARENTESCO AL SOLICITANTE	