

Mancomunidad de Virginia  
Departamento de Servicios Sociales  
**SOLICITUD DE BENEFICIOS**

### INFORMACIÓN GENERAL

Con esta solicitud puede solicitar uno o más de los siguientes programas de asistencia:

- Subvenciones auxiliares (Auxiliary Grants, AG)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
- Alivio general – Menor independiente (General Relief – Unattached Child, GR)
- Asistencia en efectivo para refugiados (Refugee Cash Assistance, RCA)
- Asistencia de emergencia TANF (TANF Emergency Assistance, TANF EA)

### CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, un amigo, un pariente o el trabajador social que lleva su caso puede ayudarle. Si está completando esta solicitud para otra persona, responda cada pregunta como si usted fuese esa persona. Si necesita cambiar una respuesta o hacer una corrección, escriba la información correcta al lado y coloque sus iniciales y la fecha al lado del cambio realizado. Si hay más de seis personas viviendo en su casa y necesita más espacio para incluirlos a todos, indique a la agencia que necesita páginas adicionales.

Las personas discapacitadas o que tengan dificultad con el idioma inglés pueden recibir ayuda adicional para garantizar que reciban la asistencia o servicios para los cuales son elegibles.

### INFORMACIÓN COMPLETA Y PRECISA

Usted debe suministrar información completa, precisa y veraz. Si usted no suministra la información necesaria, no podremos determinar su elegibilidad para la asistencia. Si usted deliberadamente suministra información falsa, incorrecta o incompleta, u omite informar los cambios, podría perder sus beneficios y ser arrestado, juzgado, multado y/o encarcelado. Si usted deliberadamente suministra información falsa, incorrecta o incompleta con el objeto de ayudar a otra persona para que reciba beneficios, usted pudiera ser arrestado y juzgado por fraude.

### CÓMO LLENAR LA SOLICITUD

Usted puede entregar una solicitud parcialmente completada que contenga al menos su nombre, su dirección y su firma (o la firma de su representante autorizado), **pero debe completar el resto de la solicitud antes de que pueda determinarse su elegibilidad**. Para algunos programas, debe además presentarse para una entrevista, sin embargo puede entregar la solicitud antes de su entrevista. Puede entregar su solicitud en cualquier momento en horario de oficina, el mismo día en que se ponga en contacto con su agencia local. Usted tiene el derecho de entregar su solicitud aun cuando pareciera que no puede ser elegible para recibir beneficios.

### VERIFICACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN

La información que usted suministra en esta solicitud, incluyendo los números del seguro social, puede ser contrastada con los registros locales, estatales y federales. Estos registros incluyen:

- Comisión de empleo de Virginia (Virginia Employment Commission, VEC)
- Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)
- Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA)
- Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles, DMV)
- Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (US Citizenship and Immigration Services, USCIS)

Cualquier diferencia entre la información suministrada y estos registros será investigada. La información de estos registros puede afectar su elegibilidad e importe del beneficio. La información se puede usar para:

- Determinar la corrección, precisión y veracidad de la solicitud.
- Verificar su identidad y ciudadanía; verificar sueldos y salarios, beneficios por desempleo e ingresos no laborales tales como los beneficios del seguro social o Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI); verificar los trimestres de cobertura del seguro social para un extranjero o para verificar el estatus de extranjeros.
- Impedir que se reciban beneficios de más de una agencia de servicio social al mismo tiempo.
- Hacer los cambios requeridos al programa.
- Permitir la divulgación para una inspección oficial y para ayudar a los agentes de cumplimiento de la ley a capturar personas que se han escapado de la ley; o
- Asistir en acciones de cobro de deudas de SNAP.

La información concerniente a su raza y etnia no es requerida y no afectará ni su elegibilidad ni el importe del beneficio. Esta información se solicita con los fines de garantizar que los beneficios del programa lleguen a todas las personas, independientemente de su raza, color u origen nacional.

## INFORMACIÓN ESPECIAL PARA LOS SOLICITANTES DE SNAP

Usted puede solicitar beneficios de SNAP dejando en la agencia una solicitud de beneficios completada **o** dejando una solicitud parcialmente completada con al menos su nombre, dirección y firma, **o** desprendiendo y dejando la mitad de esta página con su nombre, su dirección y su firma. **Usted debe completar el resto de esta solicitud antes de que pueda determinarse su elegibilidad.**

Usted debe ser entrevistado también. Bien sea en la oficina o bien sea por vía telefónica, debe entregar su solicitud antes de la entrevista. Esto es importante dado que si usted es elegible para el mes en el que presentó su solicitud, el importe de su beneficio de SNAP se basará en la fecha en que entregó efectivamente su solicitud.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión y creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA) también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o cuando todo o parte de los ingresos de una persona procedan de algún programa de asistencia pública o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. No todas las prohibiciones se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo.

Si desea presentar una queja de discriminación del Programa de Derechos Civiles, complete el Formulario de Queja por Discriminación del programa de USDA disponible en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina de USDA, o llame al teléfono (866) 632-9992 para pedir el formulario. También puede escribir una carta incluyendo toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja completo o una carta por correo postal a: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Las personas sordas, que tienen dificultades de audición o impedimentos del habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio federal de transmisiones al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (español).

Para cualquier otra información sobre asuntos de SNAP, las personas deberían comunicarse con la línea telefónica de USDA SNAP al (800) 221-5689 que también atiende en español o llamar a los teléfonos de información estatal (State Information Hotline Numbers) (haga clic aquí para ver la lista de teléfonos por estado); disponible en línea en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotline.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotline.htm).

Para presentar una queja por discriminación respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, 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 (800) 537-7697 (TTY).

USDA y HHS son proveedores y empleadores que respetan la igualdad de oportunidades.

### INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

1. No escriba en las áreas sombreadas. Estas áreas son para uso exclusivo de la agencia.
2. Complete la **SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**. Complete la casilla en la **SECCIÓN B: Composición familiar** para todas las personas que viven en su hogar, incluso si no está solicitando beneficios para esa persona. Usted puede dejar en blanco las preguntas sobre ciudadanía, inmigración o número de seguro social de cualquier persona para la cual **NO** se está solicitando beneficios.
3. Responda las preguntas en la **SECCIÓN C: INGRESOS** de todas las personas para las cuales está solicitando beneficios. Además, al solicitar beneficios **TANF**, también incluya la información de ingresos para jóvenes de 18 años o menores, incluso si no está solicitando beneficios para ese menor e incluya al padrastro/madrastra de los niños para los cuales está solicitando beneficios.
4. Responda las preguntas en la **SECCIÓN D: RECURSOS** de todas las personas para las cuales está solicitando beneficios, salvo que esté solicitando TANF.
5. Después de completar las secciones de la A hasta la D, responda las preguntas en las secciones indicadas a continuación, dependiendo del tipo de asistencia que está solicitando.

<b>TANF</b>	<b>Sección E</b> , página 6	<b>Asistencia de emergencia TANF</b>	<b>Sección F</b> , página 6
<b>SNAP</b>	<b>Sección G</b> , página 7	<b>Subvenciones auxiliares</b>	<b>Sección H</b> , página 8
7. Lea **REPORTE DE CAMBIOS Y SANCIONES** en la página 9.
8. Lea y complete la última página de la solicitud. Asegúrese de firmar y colocar la fecha en la solicitud.

SERVICIO EXPEDITO PARA BENEFICIOS SNAP

Su grupo familiar puede calificar para el Servicio Expedito y recibir beneficios de SNAP en siete días si es elegible, si su ingreso mensual bruto es inferior a \$150 y si sus recursos líquidos son \$100 o menos; o si sus cuentas de alojamiento son mayores que el ingreso mensual bruto del grupo familiar más sus recursos líquidos; o si alguien en su grupo familiar es un emigrante o trabajador agrícola estacional con poco o ningún ingreso y recursos. **INGRESE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN PARA QUE PUEDA DETERMINARSE SU ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO EXPEDITO.**

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Número de Seguro social: _____
_____	Número de teléfono: _____
_____	_____
Firma	Fecha

Total ingreso recibido/previsto este mes antes de los descuentos:	\$ _____
Total en efectivo, dinero en cuenta de ahorro/corriente, CD (certificado de depósito), etc.:	\$ _____
Total renta o hipoteca para este mes:	\$ _____
Gastos en servicios para este mes:	\$ _____
¿Qué servicios paga? (Marque todos los que apliquen)	
<input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Electricidad para aire acondicionado <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Aseo <input type="checkbox"/> Otro	
¿Algún integrante de su grupo familiar es emigrante o trabajador agrícola temporal?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**Mancomunidad de Virginia Registro de votantes  
Certificación de agencia**

**Si usted no se ha registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse hoy para votar aquí?  
(Por favor marque solo una)**

- Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual o soy elegible para registrarme para votar y no necesito una solicitud para registrarme.
- Sí, me gustaría registrarme para votar (por favor complete el formulario de solicitud de registro de votante).
- No, no quiero registrarme para votar.

Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido **no** registrarse para votar en esta oportunidad. Solicitar registrarse para votar o no querer registrarse para votar no afectará la asistencia o los servicios que le prestará esta agencia.

Si usted declina registrarse para votar, este hecho se mantendrá de forma confidencial. Si se registra para votar, la oficina a donde envió su solicitud se mantendrá confidencial y solo se usará para fines del registro de votante.

Si quisiera completar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión sobre si busca o desea ayuda es suya. También puede completar el formulario de solicitud en privado si lo desea.

**Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a declinar registrarse para votar, con su derecho a la privacidad sobre si desea registrarse o solicitar registrarse para votar, puede presentar una queja a: Secretary of the Virginia State Board of Elections, Washington Building, 1100 Bank Street, Richmond, VA 23219-3497, teléfono (804) 864-8901.**

_____ Nombre del solicitante	_____ Firma	_____ Fecha
---------------------------------	----------------	----------------

**Para uso exclusivo de la agencia**

Formulario de registro de votante completado:     Sí  No

El formulario de registro de votante se entregó al solicitante para enviarlo posteriormente por correo (a petición del solicitante)     Sí  No

_____ Firma de un empleado de la agencia	_____ Fecha:
---	-----------------

**SOLO PARA USO DE LA AGENCIA**

**NOMBRE DEL CASO:**

**NÚMERO DEL CASO:**

**LOCALIDAD:**

**EVALUADOR:**

**FECHA:**

**DETERMINACIÓN DE SERVICIO EXPEDITO**

Ingresos < \$150 + recursos ≤ \$100  SÍ  NO

Ingresos + recursos < cuentas de alojamiento  SÍ  NO

Para emigrantes o trabajadores agrícolas temporales:

Recursos ≤ \$100 y ≤ \$25 previstos en los siguientes 10 días por nuevo ingreso;  SÍ  NO

**O**

Recursos ≤ \$100 y \$0 de ingresos previstos de una fuente terminada para el resto de este mes o para el mes siguiente.  SÍ  NO

**SERÁ EXPEDITO SI RESPONDIÓ QUE SÍ A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES**

**SOLICITUD DE BENEFICIOS**

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA

Nombre del caso:	Número del caso:	Localidad:
Fecha de recibido:	Fecha de la entrevista:	<input type="checkbox"/> En la oficina <input type="checkbox"/> Teléfono
Entrevistador:	Programa(s):	

**A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Su información de contacto

**Su nombre** (apellido, nombre, inicial de segundo nombre)

**Su dirección de calle** (incluya el número de apartamento)

**Ciudad, estado, código postal**

**Su dirección postal** (si es diferente de su dirección)

**Ciudad, estado, código postal**

**¿Ciudad o condado dónde vive?**

**Dirección de correo electrónico**

**Número de teléfono principal**

**Número de teléfono alterno**

**Instrucciones para llegar a su hogar si no hay dirección de calle**

**Idioma principal que se habla en su casa:**

- |                                    |  |                                   |                                 |                                  |                               |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés    | <input type="checkbox"/> Vietnamita      | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Somalí | <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Español   | <input type="checkbox"/> Farsi           | <input type="checkbox"/> Chino    | <input type="checkbox"/> Kurdo  | <input type="checkbox"/> Alemán  | (especifique)                 |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Creole haitiano | <input type="checkbox"/> Coreano  | <input type="checkbox"/> Árabe  | <input type="checkbox"/> Japonés |                               |

- SÍ  NO 1. ¿Usted o alguna de las persona para la cual está solicitando beneficios ha pedido alguna vez, recibido o está recibiendo actualmente algún beneficio de una agencia de servicios sociales, incluidos SNAP (cupones de alimentos), TANF, Medicaid, alivio general, subvenciones auxiliares, cuidados de crianza, asistencia para adopción o Refugee Cash Assistance (asistencia en efectivo para refugiados)? Si responde que **SÍ**, ingrese la información a continuación.

Nombre del solicitante:	Número de seguro social:	Tipo de beneficios recibidos:
Cuándo:	De qué condado, ciudad o estado:	

- SÍ  NO 2. ¿Alguna vez usted o alguna de las personas por la cual está solicitando beneficios ha sido condenado por hacer declaraciones falsas o engañosas sobre su identidad o dirección para recibir beneficios de TANF, SNAP o Medicaid en dos o más estados al mismo tiempo? Si respondió que **SÍ**, indique la fecha y lugar de condena \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 3. ¿Usted o alguna de las personas para la cual está solicitando beneficios ha sido inhabilitado para participar en los beneficios de TANF, SNAP o Medicaid? Si respondió que **SÍ**, indique la fecha y el lugar de todas las inhabilitaciones \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 4. ¿Usted o alguna de las personas para la cual está solicitando beneficios ha violado su libertad bajo palabra o libertad condicional o ha huido para escapar del enjuiciamiento o castigo de un delito? Si respondió que **SÍ**, explique \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 5. ¿Usted o alguien en su hogar tiene una condena por delito mayor de drogas después del 22 de agosto de 1996 por ( ) Uso ( ) Posesión ( ) Distribución de drogas? (Marque todos los que apliquen). Si respondió que **SÍ**, ¿quién? \_\_\_\_\_  
¿El tribunal ordenó ( ) pruebas de droga periódicas ( ) Tratamiento de drogas ( ) Otra medida?  SÍ  NO  
Si respondió que **SÍ**, ¿ha terminado el plan o está cooperando?  SÍ  NO

**B. COMPOSICIÓN FAMILIAR:** Esta sección incluye información sobre todas las personas que viven en su hogar, incluso si no está pidiendo asistencia para esa persona. Puede dejar en blanco el número del seguro social si no está solicitando asistencia para la persona. Inclúyase usted primero en la lista.

1

Nombre (apellido, nombre, inicial de segundo nombre) \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Nunca se casó  
 Separado  Divorciado  Viudo

Último grado completado: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela si es un estudiante: \_\_\_\_\_

¿Es usted veterano o dependiente de veterano?  Sí  No

Programa(s) solicitado(s):  AG  SNAP  TANF

TANF EA  GR  RCA  Ninguno

Usted

Relación que tiene con usted \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(ciudad, estado, condado)

¿Es usted ciudadano de Estados Unidos?  Sí  No

Si la respuesta es no, indique su estatus migratorio: \_\_\_\_\_

Fecha de su residencia en EE.UU.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de registro de extranjero: \_\_\_\_\_

¿Está usted discapacitado?  Sí  No

¿Está usted temporalmente viviendo fuera del hogar?  Sí  No

Fecha en que se fue \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de regreso prevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo para estar fuera: \_\_\_\_\_

Suministrar la siguiente información es voluntario y no afectará su elegibilidad. Marque todas las que apliquen.

Etnia:  Hispano/latino  No es hispano/latino

Origen racial:  Blanco  Americano negro/africano  Asiático  Asiático y americano negro/africano  Asiático y blanco  
 Indio americano/nativo de Alaska  Americano negro/africano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco  
 Nativo de Hawái/otros isleños del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido

2.

Nombre (apellido, nombre, inicial de segundo nombre) \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Nunca se casó  
 Separado  Divorciado  Viudo

Último grado completado: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela si es un estudiante: \_\_\_\_\_

¿Esta persona es veterana o dependiente de veterano?  Sí  No

Programa(s) solicitado(s):  AG  SNAP  TANF

TANF EA  GR  RCA  Ninguno

Relación que tiene con usted \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(ciudad, estado, condado)

¿Esta persona es ciudadana de EE.UU.?  Sí  No

Si la respuesta es no, indique su estatus migratorio: \_\_\_\_\_

Fecha de su residencia en EE.UU.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de registro de extranjero: \_\_\_\_\_

¿Esta persona es discapacitada?  Sí  No

¿Se encuentra esta persona temporalmente viviendo fuera del hogar?

Sí  No

Fecha en que se fue \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de regreso prevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo para estar fuera: \_\_\_\_\_

Suministrar la siguiente información es voluntario y no afectará su elegibilidad. Marque todas las que apliquen.

Etnia:  Hispano/latino  No es hispano/latino

Origen racial:  Blanco  Americano negro/africano  Asiático  Asiático y americano negro/africano  Asiático y blanco  
 Indio americano/nativo de Alaska  Americano negro/africano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco  
 Nativo de Hawái/otros isleños del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido

3.

Nombre (apellido, nombre, inicial de segundo nombre) \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Nunca se casó  
 Separado  Divorciado  Viudo

Último grado completado: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela si es un estudiante: \_\_\_\_\_

¿Esta persona es veterana o dependiente de veterano?  Sí  No

Programa(s) solicitado(s):  AG  SNAP  TANF

TANF EA  GR  RCA  Ninguno

Relación que tiene con usted \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(ciudad, estado, condado)

¿Esta persona es ciudadana de EE.UU.?  Sí  No

Si la respuesta es no, indique su estatus migratorio: \_\_\_\_\_

Fecha de su residencia en EE.UU.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de registro de extranjero: \_\_\_\_\_

¿Esta persona es discapacitada?  Sí  No

¿Se encuentra esta persona temporalmente viviendo fuera del hogar?

Sí  No

Fecha en que se fue: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de regreso prevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo para estar fuera: \_\_\_\_\_

Suministrar la siguiente información es voluntario y no afectará su elegibilidad. Marque todas las que apliquen.

Etnia:  Hispano/latino  No es hispano/latino

Origen racial:  Blanco  Americano negro/africano  Asiático  Asiático y americano negro/africano  Asiático y blanco  
 Indio americano/nativo de Alaska  Americano negro/africano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco  
 Nativo de Hawái/otros isleños del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido

**COMPOSICIÓN FAMILIAR (continuación)**

Si necesita espacio adicional para enumerar a los miembros de su composición familiar, por favor pida otro formulario o escriba la información en una hoja aparte.

**4.****Nombre** (apellido, nombre, inicial de segundo nombre) \_\_\_\_\_**Relación que tiene con usted** \_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento** (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_**Número de seguro social:** \_\_\_\_\_**Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(ciudad, estado, condado)**Género:**  Masculino  Femenino**¿Esta persona es ciudadana de EE.UU.?**  Sí  No**Estado civil:**  Casado  Nunca se casó  
 Separado  Divorciado  Viudo

Si la respuesta es no, indique su estatus migratorio: \_\_\_\_\_

**Fecha de su residencia en EE.UU.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Último grado completado:** \_\_\_\_\_**Número de registro de extranjero:** \_\_\_\_\_**Nombre de la escuela si es un estudiante:** \_\_\_\_\_**¿Esta persona es veterana o dependiente de veterano?**  Sí  No**¿Esta persona es discapacitada?**  Sí  No**Programa(s) solicitado(s):**  AG  SNAP  TANF**¿Se encuentra esta persona temporalmente viviendo fuera del hogar?** Sí  No TANF EA  GR  RCA  Ninguno**Fecha en que se fue:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fecha de regreso prevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Motivo para estar fuera:** \_\_\_\_\_**Suministrar la siguiente información es voluntario y no afectará su elegibilidad. Marque todas las que apliquen.****Etnia:**  Hispano/latino  No es hispano/latino**Origen racial:**  Blanco  Americano negro/africano  Asiático  Asiático y americano negro/africano  Asiático y blanco Indio americano/nativo de Alaska  Americano negro/africano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco Nativo de Hawái/otros isleños del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido**5.****Nombre** (apellido, nombre, inicial de segundo nombre) \_\_\_\_\_**Relación que tiene con usted** \_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento** (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_**Número de seguro social:** \_\_\_\_\_**Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(ciudad, estado, condado)**Género:**  Masculino  Femenino**¿Esta persona es ciudadana de EE.UU.?**  Sí  No**Estado civil:**  Casado  Nunca se casó  
 Separado  Divorciado  Viudo

Si la respuesta es no, indique su estatus migratorio: \_\_\_\_\_

**Fecha de su residencia en EE.UU.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Último grado completado:** \_\_\_\_\_**Número de registro de extranjero:** \_\_\_\_\_**Nombre de la escuela si es un estudiante:** \_\_\_\_\_**¿Esta persona es veterana o dependiente de veterano?**  Sí  No**¿Esta persona es discapacitada?**  Sí  No**Programa(s) solicitado(s):**  AG  SNAP  TANF**¿Se encuentra esta persona temporalmente viviendo fuera del hogar?** Sí  No TANF EA  GR  RCA  Ninguno**Fecha en que se fue:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fecha de regreso prevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Motivo para estar fuera:** \_\_\_\_\_**Suministrar la siguiente información es voluntario y no afectará su elegibilidad. Marque todas las que apliquen.****Etnia:**  Hispano/latino  No es hispano/latino**Origen racial:**  Blanco  Americano negro/africano  Asiático  Asiático y americano negro/africano  Asiático y blanco Indio americano/nativo de Alaska  Americano negro/africano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco Nativo de Hawái/otros isleños del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido**6.****Nombre** (apellido, nombre, inicial de segundo nombre) \_\_\_\_\_**Relación que tiene con usted** \_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento** (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_**Número de seguro social:** \_\_\_\_\_**Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(ciudad, estado, condado)**Género:**  Masculino  Femenino**¿Esta persona es ciudadana de EE.UU.?**  Sí  No**Estado civil:**  Casado  Nunca se casó  
 Separado  Divorciado  Viudo

Si la respuesta es no, indique su estatus migratorio: \_\_\_\_\_

**Fecha de su residencia en EE.UU.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Último grado completado:** \_\_\_\_\_**Número de registro de extranjero:** \_\_\_\_\_**Nombre de la escuela si es un estudiante:** \_\_\_\_\_**¿Esta persona es veterana o dependiente de veterano?**  Sí  No**¿Esta persona es discapacitada?**  Sí  No**Programa(s) solicitado(s):**  AG  SNAP  TANF**¿Se encuentra esta persona temporalmente viviendo fuera del hogar?** Sí  No TANF EA  GR  RCA  Ninguno**Fecha en que se fue:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fecha de regreso prevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Motivo para estar fuera:** \_\_\_\_\_**Suministrar la siguiente información es voluntario y no afectará su elegibilidad. Marque todas las que apliquen.****Etnia:**  Hispano/latino  No es hispano/latino**Origen racial:**  Blanco  Americano negro/africano  Asiático  Asiático y americano negro/africano  Asiático y blanco Indio americano/nativo de Alaska  Americano negro/africano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco Nativo de Hawái/otros isleños del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido

**C. INGRESOS**

1. ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted recibe o tiene previsto recibir alguno de los siguientes tipos de entrada de dinero por su trabajo? Incluya el dinero de todos los empleos que tiene en este momento o espera comenzar: tiempo completo, tiempo parcial, temporal estacional, trabajo por cuenta propia. A continuación responda Sí o No y suministre la información solicitada:

- |   |  |  |  |  |   |
|---|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>          | <input type="checkbox"/> <b>No</b>                   | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>No</b>                                   | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>         | <input type="checkbox"/> <b>No</b>                      |
| <input type="checkbox"/> Sueldo/salario     | <input type="checkbox"/> Ingreso por contrato        | <input type="checkbox"/> Pago por enfermedad acumulado | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños/cuidado diurnos de adultos | <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico | <input type="checkbox"/> Autoempleo                     |
| <input type="checkbox"/> Paga de vacaciones | <input type="checkbox"/> Comisiones, bonos, propinas | <input type="checkbox"/> Labores agrícolas/pesca       | <input type="checkbox"/> Trabajos esporádicos                        | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> Cualquier otro tipo de trabajo |

**a.**

<b>Nombre</b> (apellido, nombre, inicial de segundo nombre)	<b>Nombre, dirección y teléfono del empleador</b>	<b>Frecuencia de pago</b>
<b>Número de horas por semana</b>	<b>Tarifa de pago</b>	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
<b>Fecha de inicio del empleo</b>	<b>Fecha del próximo pago</b> (mm-dd-aaaa)	<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes
		<input type="checkbox"/> Otra

**b.**

<b>Nombre</b> (apellido, nombre, inicial de segundo nombre)	<b>Nombre, dirección y teléfono del empleador</b>	<b>Frecuencia de pago</b>
<b>Número de horas por semana</b>	<b>Tarifa de pago</b>	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
<b>Fecha de inicio del empleo</b>	<b>Fecha del próximo pago</b> (mm-dd-aaaa)	<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes
		<input type="checkbox"/> Otra

**SÍ**     **NO**    2. ¿Alguna de las personas ha sido despedida, ha perdido su trabajo, se encuentra de licencia por enfermedad o maternidad, ha hecho huelga, ha renunciado a un trabajo o ha reducido las horas trabajadas en los últimos 60 días? Si respondió que **SÍ**, suministre el nombre y explique: \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna de las personas que vive con usted (incluyendo a los niños) recibe o tiene previsto recibir cualquiera de los siguientes conceptos? A continuación responda sí o no y suministre la información solicitada.

- |  |                                    |  |  |  |  |
|--|------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>                               | <input type="checkbox"/> <b>No</b> | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>                           | <input type="checkbox"/> <b>No</b>                                     | <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>                               | <input type="checkbox"/> <b>No</b>   |
| <input type="checkbox"/> Seguro social                           | <input type="checkbox"/> SSI       | <input type="checkbox"/> Beneficios de VA                    | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia para menores, manutención | <input type="checkbox"/> Asistencia pública (TANF, GR, etc.)     | <input type="checkbox"/> Asignación militar                                  |
| <input type="checkbox"/> Asignaciones para formación (WIA, etc.) | <input type="checkbox"/> Préstamos | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo o contribuciones | <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo                      | <input type="checkbox"/> Ingreso por hospedaje                   | <input type="checkbox"/> Beneficios Black Lung (por enfermedades pulmonares) |
|  |                                    | <input type="checkbox"/> Indemnización laboral               | <input type="checkbox"/> Ingreso por alquiler                          | <input type="checkbox"/> Herencia                                | <input type="checkbox"/> Programa de jubilación de ferrocarriles             |
|  |                                    | <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga               | <input type="checkbox"/> Premios ganados                               | <input type="checkbox"/> Toda la comida, ropa, servicios o renta | <input type="checkbox"/> Otra jubilación                                     |
|  |                                    | <input type="checkbox"/> Interés, dividendos                 | <input type="checkbox"/> Pago de un seguro                             | <input type="checkbox"/> Subvención compartida para refugiados   | <input type="checkbox"/> Cualquier otro tipo de dinero                       |

<b>a.</b>	\$		
<b>Nombre de la persona</b>	<b>Importe</b>	<b>Tipo de ingreso o ayuda</b>	<b>¿Con qué frecuencia es recibido?</b>
<b>b.</b>	\$		
<b>Nombre de la persona</b>	<b>Importe</b>	<b>Tipo de ingreso o ayuda</b>	<b>¿Con qué frecuencia es recibido?</b>
<b>c.</b>	\$		
<b>Nombre de la persona</b>	<b>Importe</b>	<b>Tipo de ingreso o ayuda</b>	<b>¿Con qué frecuencia es recibido?</b>

**SÍ**     **NO**    4. ¿Alguien distinto a las personas en su caso paga directamente por usted, le ayuda a pagar o le presta dinero para pagar la renta, servicios, cuentas médicas u otro tipo de cuentas? O ¿alguna de las personas le suministra íntegramente la comida, refugio o ropa para usted o alguien más de forma regular? Si respondió que **SÍ**, indique su nombre, importe y explique: \_\_\_\_\_

**SÍ**     **NO**    5. ¿Alguna de las personas tiene gastos de cuidado diurno por un niño, una persona mayor o un adulto con discapacidad? Si respondió que **SÍ**, indique el nombre, importe y explique: \_\_\_\_\_

**SÍ**     **NO**    6. ¿Alguna de las personas está legalmente obligada a pagar la manutención de alguien que no está en la casa? Si respondió que **SÍ**, indique el nombre de la persona que paga, la persona a la que se le paga la manutención y el importe: \_\_\_\_\_

**D. RECURSOS**

No tiene que completar esta sección si únicamente está solicitando beneficios de TANF. De lo contrario, responda por todas las personas por las que está solicitando beneficios. Incluya cualquier recurso que posea cualquiera de las personas o que sean de propiedad conjunta con alguien más, incluso si esa persona no vive con usted. Indique los nombres de todos los dueños conjuntos.

1. ¿Usted o cualquiera de las personas que vive con usted tiene cualquiera de los siguientes recursos o bienes?

- |                          |  |                          |   |                          |   |
|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <b>Sí</b>                | <b>No</b>  | <b>Sí</b>                | <b>No</b>   | <b>Sí</b>                | <b>No</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Efectivo \$ _____                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro/corriente               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unión de crédito             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 401K, 403B, etc.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pagarés                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fondos del mercado de dinero |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta individual de jubilación (IRA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta del Club de Navidad               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Escrituras de fideicomiso    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Plan de compensación diferida         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta UGMA (Uniform Gift to Minors Act) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Plan Keogh                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Acciones o bonos                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Planes de jubilación                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otro                         |

— Si respondió que **Sí a cualquiera de los ítems arriba mencionados**, suministre la siguiente información:

**a.**

Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial de segundo nombre)		Nombre del copropietario (apellido, nombre, inicial de segundo nombre)	
Nombre del banco o institución		Tipo de cuenta	Número de cuenta
Dirección del banco o institución		\$ Saldo	

**b.**

Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial de segundo nombre)		Nombre del copropietario (apellido, nombre, inicial de segundo nombre)	
Nombre del banco o institución		Tipo de cuenta	Número de cuenta
Dirección del banco o institución		\$ Saldo	

Sí  NO 2. ¿Alguna de las personas ha vendido, transferido o cedido algún recurso en los últimos tres meses (si está solicitando beneficios de SNAP) o en los últimos tres años (si está solicitando subvenciones auxiliares)? Si respondió que sí, explique: \_\_\_\_\_

**Responda a las preguntas restantes en esta página únicamente si está solicitando el programa de subvenciones auxiliares.**

Sí  NO 3. ¿Posee usted enseres personales o efectos personales con un valor superior a \$500? Si respondió que **Sí**, enumere aquí los elementos y su valor respectivo.

\_\_\_\_\_

Sí  NO 4. ¿Lotes de cementerio, disposiciones funerarias o fondos fiduciarios para el entierro?

Propietario(s)	Número de lotes, Tipo de disposición:	Dónde	Valor \$ Monto adeudado \$	Fecha de adquisición
----------------	---------------------------------------	-------	-------------------------------	----------------------

Sí  NO 5. ¿Alguna de las personas propiedades personales como caravanas/remolques, botes sin motor, remolques de servicio, herramientas, equipo, suministros o ganado?

Propietario(s)	Tipo	¿Es esta propiedad usada para su empresa o comercio, incluyendo la actividad agrícola? Sí ( ) NO ( )	Valor	Monto adeudado	Fecha de adquisición
----------------	------	---	-------	----------------	----------------------

Sí  NO 6. ¿Alguna de las personas tiene bienes inmuebles, incluyendo propiedades vitalicias, propiedad heredada, terrenos, edificios o casas rodantes? **Si respondió que Sí**, ¿vive usted ahí? Marque (✓):  Sí  NO

Propietario(s)	Tipo	Sí ( ) NO ( ) ¿Actualmente alquilado? Sí ( ) NO ( ) ¿Produce ingresos? Sí ( ) NO ( ) ¿Produce ingresos?	Valor \$	Monto adeudado \$	Fecha de adquisición
----------------	------	---	----------	-------------------	----------------------

Sí  NO 7. ¿Alguna de las personas tiene vehículos como automóviles, camiones, camionetas, botes a motor, casas rodantes, vehículos recreativos o motocicletas/ciclomotor?

Propietario(s)	Tipo de vehículo, marca, modelo, año	¿Tiene licencia vigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Nº de ID del vehículo Nº de licencia # #	Valor del monto adeudado \$	Cómo usa el vehículo	Fecha de adquisición
----------------	--------------------------------------	---	---	-----------------------------	----------------------	----------------------

Sí  NO 8. ¿Posee enseres domésticos o efectos personales con un valor superior a \$500 como plata, porcelana fina, pieles, artesanía, joyas u otros artículos que tiene por su valor o como inversión?

Descripción y valor de los artículos
--------------------------------------

**E. ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)**

(PIDA UNA PÁGINA ADICIONAL SI NECESITA MÁS ESPACIO)

<p><b>1. INFORMACIÓN DE HIJOS/PADRES</b></p> <p>Indique cada niño para el cual está solicitando beneficios. Después, indique los nombres de ambos padres.</p> <p><b>Usted debe identificar a ambos padres para poder recibir TANF. Si intencionalmente identifica de manera errónea a uno de los padres, usted será juzgado.</b></p>	<p><b>2. Vacunas</b></p> <p>(Responda <u>únicamente</u> si está solicitando TANF y si el niño <b>no está en la escuela</b>).</p> <p>¿Ha recibido el niño <b>TODAS</b> las vacunas requeridas de acuerdo con la edad del niño?</p> <p>Marque (✓) <b>SÍ O No O No sabe</b></p>
<b>Nombre del niño</b>	Sí ( )      No ( )      No sabe ( )
Madre	
Padre	
<b>Nombre del niño</b>	Sí ( )      No ( )      No sabe ( )
Madre	
Padre	
<b>Nombre del niño</b>	Sí ( )      No ( )      No sabe ( )
Madre	
Padre	
<b>Nombre del niño</b>	Sí ( )      No ( )      No sabe ( )
Madre	
Padre	

**F. ASISTENCIA DE EMERGENCIA TANF**

SÍ     NO    1    ¿Ha experimentado usted o su familia algún desastre natural o incendio en los últimos 30 días? Si respondió que **SÍ**, indique la fecha y explique.

SÍ     NO    2    Como resultado del desastre natural o del incendio, ¿alguna de las personas tiene necesidades de urgencia como ropa, reparación o reemplazo de enseres domésticos y suministros que hayan resultado destruidos?

Descripción y causa de la emergencia
--------------------------------------

**G. BENEFICIOS DE SNAP** (anteriormente cupones para alimentos)

1. Indique el nombre de la persona que es el cabeza de su grupo familiar: \_\_\_\_\_.
2. Un representante autorizado puede solicitar los beneficios de SNAP en su nombre, recibir y usar sus beneficios de SNAP por usted, recibir copias de los avisos del programa. Si usted quiere designar a un representante autorizado, a continuación suministre la información sobre el representante e indique las tareas que quiere que su representante haga en su nombre. Tenga en cuenta que usted únicamente puede tener un representante que puede acceder a sus beneficios.

Nombre, dirección, número de teléfono del representante autorizado	Marque (✓) cada tarea autorizada para dicho representante
	<input type="checkbox"/> Solicitar beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> Recibir correspondencia <input type="checkbox"/> Acceder o usar beneficios de SNAP
	<input type="checkbox"/> Solicitar beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> Recibir correspondencia <input type="checkbox"/> Acceder o usar beneficios de SNAP

- SÍ  NO 3 ¿Hay alguna persona que viva con usted que NO haya incluido en su solicitud SNAP? Si respondió que **SÍ**, ¿usted y todas las personas para las cuales está solicitando beneficios, normalmente compran y preparan comida de forma separada de esa persona? O, ¿intentará hacerlo si su solicitud de beneficios SNAP es aprobada? Marque (✓)  SÍ  NO
- SÍ  NO 4 ¿Alguna de las personas que vive en su hogar está rentando una habitación (inquilino) o está recibiendo habitación y alimento (pensionista)? Si respondió que **SÍ**, indique los nombres:  
\_\_\_\_\_
- SÍ  NO 5 ¿Alguna de las personas es de 60 años o mayor o está autorizada a recibir Medicaid por alguna discapacidad o recibe algún tipo de cheque por discapacidad? Si respondió que **SÍ**, indique todos los gastos médicos actuales por esa persona.

Miembro familiar con gastos médicos	Tipo de gasto	Importe	Nombre del médico, hospital, farmacia

- SÍ  NO 6. ¿Alguna de las personas tiene alguno de los gastos por alojamiento indicados a continuación? Si respondió que **SÍ**, enumere sus gastos actuales. Marque (✓) aquí  si estos gastos son por una casa donde no vive usted.

Gastos	Monto facturado	¿Con qué frecuencia?	¿Quién es responsable de la factura?
Renta/hipoteca			
Impuestos			
Seguro			
Electricidad			
Gas/petróleo/queroseno			
Carbón/madera			
Agua/alcantarillado/basura			
Teléfono			
Instalación			

6a ¿Cómo proporciona calefacción a su casa?  
\_\_\_\_\_

- SÍ  NO 6b ¿Tiene usted aire acondicionado en su casa?
- SÍ  NO 6c ¿Recibió asistencia de energía/combustible durante el año pasado mientras estaba habitaba en su casa actual?
- SÍ  NO 6d ¿Está usted viviendo temporalmente en la casa de otra persona, en un refugio de emergencia, en un hotel de beneficencia, otra vivienda temporal o en un lugar no usado normalmente para dormir? Si respondió que **SÍ**, ¿cuánto le cuesta vivir ahí durante el mes?  
\_\_\_\_\_

Si está viviendo temporalmente en la casa de otra persona, indique la fecha en que se mudó ahí:  
\_\_\_\_\_

**H. Subvenciones auxiliares (AG)**

- SÍ  NO 1 ¿Está usted viviendo en algún centro de vida asistida, un hogar de cuidados para adultos, un centro de cuidados o en otra institución?  
Si respondió que **SÍ**, indique la fecha en que ingresó el solicitante \_\_\_\_\_  
Ciudad/condado y estado en que usted vivía antes de ingresar \_\_\_\_\_.  
**Si vivía fuera de Virginia**, ¿la colocación fue realizada por una agencia gubernamental?  SÍ  NO
- SÍ  NO 2 ¿Tiene usted un cónyuge que no viva en el hogar? Si respondió que **SÍ**, ingrese el nombre y dirección del cónyuge \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 3 ¿Ha vivido usted en Virginia por los últimos 90 días?
- SÍ  NO 4 ¿Debe usted o ya pagó las cuentas que tenía el mes que ingresó en el centro de vivienda asistida o en el hogar de cuidado para adultos?
- SÍ  NO 5 ¿Tiene usted alguna cuenta médica pendiente de los tres meses anteriores al mes de la solicitud?

Descripción de las cuentas	Fecha de las cuentas	Fechas en que se pagaron las cuentas

**Una solicitud de AG es también una solicitud de Medicaid. Las siguientes preguntas servirán para determinar la elegibilidad de Medicaid a través del Departamento de Servicios Sociales o posible elegibilidad para créditos fiscales adelantados para primas (Advanced Premium Tax Credits, APTC) para seguros de salud privado a través de mercados federales (Healthcare.gov).**

- SÍ  NO 6. ¿Tiene usted un seguro de salud? Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Titular de la póliza:	Persona(s) asegurada(s):
Nombre de la compañía, dirección, número de teléfono:	
Tipo de cobertura:	Fecha de inicio: / / Fecha de culminación: : / /
Número de ID:	Monto de la prima: \$

- SÍ  NO 7. ¿Alguna de las personas tiene Medicare?

Persona asegurada	Número de reclamo	Cobertura
		<input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B
		<input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B

8. Indique los nombres de todas las personas que se espera estén incluidas en la misma declaración de impuestos que usted hará para este año, ya sea que vivan o no en la misma casa que usted. Para cualquiera de las personas en el hogar que declare impuestos y no se espera que esté en la declaración de impuestos de cualquier otra persona, indique esos nombres bajo el título de "No contribuyente(s)".

Contribuyente:	
Contribuyentes comunes:	
Dependiente(s) fiscal(es):	
No contribuyente(s):	

**REPORTE DE CAMBIOS Y SANCIONES**  
**(LEA CUIDADOSAMENTE ESTA SECCIÓN ANTES DE FIRMAR ESTA SOLICITUD)**

**REPORTE DE CAMBIOS**

Usted debe reportar los cambios que ocurran. Lo que necesita reportar y cuándo tiene que reportarlo varía según el programa, tal como se indica a continuación.

**SNAP:** reportar dentro de diez días, pero a más tardar al 10<sup>mo</sup> día del mes después de que ocurra el cambio. Debe reportar si:

- El ingreso de su grupo familiar supera 130% del nivel de pobreza federal. Vea el reporte de cambio o aviso de acción para verificar el monto o visite el sitio: [www.dss.virginia.gov](http://www.dss.virginia.gov).
- El número de horas trabajadas en una semana baja a menos de 20 para cualquier persona de entre 18 - 49 años, si no hay niños en su hogar SNAP.

**TANF/asistencia en efectivo para refugiados:** reportar dentro de diez días, pero a más tardar al 10<sup>mo</sup> día del mes después de que ocurran los cambios. Reportar estos cambios:

- El ingreso de su grupo familiar supera 130% del nivel de pobreza federal. Vea el reporte de cambio o aviso de acción para verificar el monto o visite el sitio: [www.dss.virginia.gov](http://www.dss.virginia.gov).
- Su dirección cambia.
- Un individuo elegible llega o se va del hogar.
- Cambios que pueden afectar su participación en VIEW como cambios en los ingresos, empleo, educación, entrenamiento, transporte y cuidado de niños.

**Alivio general – menor independiente (GR):** reportar el día en que ocurre el cambio o el primer día en que la agencia esté abierta después de que ocurra el cambio. Reportar estos cambios:

- Su dirección cambia.
- Cambio en el monto de su ingreso mensual.
- Hay otros cambios que pueden afectar la elegibilidad.

**Subvenciones auxiliares (AG):** reportar los cambios dentro de diez días. Reportar estos cambios:

- Su dirección cambia.
- Cambio en el monto de su ingreso mensual.
- Hay cambios en sus recursos, incluyendo la transferencia de bienes/propiedad o en los vehículos a motor que posee.

**SANCIONES POR INFRACCIONES SNAP**

Usted no debe suministrar información falsa ni ocultar información para obtener los beneficios SNAP. Usted no debe intercambiar o vender las tarjetas de EBT o intentar intercambiar o vender las tarjetas de EBT. Usted no debe usar los beneficios SNAP para comprar artículos que no sean alimentos como alcohol, tabaco o productos de papel. Usted no debe usar la tarjeta EBT de otra persona para su grupo familiar.

Si incumple intencionalmente alguna de estas reglas se le prohibirá recibir beneficios SNAP durante 12 meses (1<sup>a</sup> infracción), 24 meses (2<sup>a</sup> infracción) o definitivamente (3<sup>a</sup> infracción); podría ser objeto de una multa de \$250,000, encarcelamiento por hasta 20 años o ambos y se le puede suspender por otros 18 meses adicionales y podrá ser juzgado de acuerdo con otras leyes federales y estatales.

Si usted intencionalmente suministra información falsa u oculta información sobre su identidad o residencia para obtener beneficios SNAP en más de un lugar al mismo tiempo, se le pueden prohibir los beneficios por diez años.

Si es condenado por un tribunal por intercambiar o vender beneficios SNAP por \$500 o más, podría prohibírsele recibir beneficios de manera permanente.

Si usted es condenado en un tribunal por intercambiar beneficios SNAP por una sustancia controlada, se le prohibirá recibir beneficios por 24 meses en la 1<sup>a</sup> infracción y de forma permanente en la 2<sup>a</sup> infracción.

Si usted es condenado en un tribunal por cambiar beneficios SNAP por armas, municiones o explosivos, podría ser excluido para recibir beneficios de forma permanente en la primera infracción.

**SANCIONES POR INFRACCIONES DE TANF Y ASISTENCIA EN EFECTIVO PARA REFUGIADOS (RCA)**

Usted no debe suministrar de forma deliberada información falsa, ocultar información o dejar de reportar los cambios a tiempo con el fin de recibir TANF/RCA o para recibir servicios de apoyo o de transición como cuidado de niños o asistencia de transporte.

Si es declarado culpable por infringir intencionalmente estas reglas, no será elegible para recibir TANF o RCA para sí mismo por seis meses (1<sup>a</sup> infracción), 12 meses (2<sup>a</sup> infracción) o permanentemente (3<sup>a</sup> infracción). Además, podrá ser juzgado de acuerdo con la ley federal o estatal.

Cualquier persona condenada por mentir acerca de su residencia para obtener beneficios TANF, Medicaid, SNAP o SSI en dos o más estados no será elegible para recibir TANF durante diez años.

Toda persona condenada por un delito relacionado con drogas en acciones ocurridas después del 22 de agosto de 1996, podría ser excluida para recibir beneficios de forma permanente.

**CON MI FIRMA EN ESTE FORMULARIO, DECLARO:**

- He leído la información al comienzo de la presente solicitud y la sección de REPORTE DE CAMBIOS Y SANCIONES en esta solicitud.
- Entiendo que si me niego a cooperar en la revisión de mi elegibilidad, incluyendo una revisión de garantía de calidad, mis beneficios pueden ser denegados hasta que yo coopere
- Entiendo que si mi solicitud es para beneficios SNAP, no reportar o no verificar ninguno de mis gastos será considerado como una declaración de mi grupo familiar de que no quiero recibir deducción alguna por esos gastos.
- He suministrado información verdadera y correcta en la presente solicitud a mi leal saber y entender. Entiendo que si suministro información falsa, retengo información o no reporto un cambio oportunamente o de forma deliberada, puedo estar infringiendo la ley y podría ser juzgado por perjurio, hurto y/o fraude de asistencia pública. Entiendo que si ayudo a alguien a completar el presente formulario de forma que la persona reciba beneficios a los que no tiene derecho, estaré infringiendo la ley y podría ser juzgado
- Como una condición para recibir beneficios de TANF, acuerdo ceder todos mis derechos a manutención financiera pagada a mí o a cualquier persona por la cual estoy recibiendo TANF. Después de que mi solicitud de TANF sea aprobada, acuerdo dar todos los pagos de manutención que reciba a la División de Cumplimiento de la Manutención Infantil (Division of Child Support Enforcement, DCSE).
- Autorizo al Departamento de Servicios Sociales y a los contratistas de servicios a refugiados para obtener las verificaciones necesarias con el fin de determinar y revisar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma a continuación. Entiendo que este límite de tiempo no aplica mientras mi caso de asistencia médica esté abierto o en investigaciones sobre posible fraude.
- En calidad de solicitante de subvenciones auxiliares (AG), entiendo que mi solicitud será evaluada para Medicaid. Acuerdo ceder mis derechos para apoyo médico y otros pagos de terceros al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS). Asimismo, acuerdo ceder los derechos de cualquier persona por la cual estoy solicitando subvenciones auxiliares (AG) para apoyo médico y otros pagos de terceros al DMAS. Si no acuerdo ceder estos derechos, no seré elegible para Medicaid.
- Entiendo que diferentes agencias estatales proporcionan servicios y beneficios distintos. Cada agencia debe tener información específica para determinar la elegibilidad de los servicios y beneficios.  
 **Autorizo**  **No autorizo** al Departamento de Servicios Sociales a divulgar cierta información sobre mi persona a otras agencias, incluyendo la información en bases de datos electrónicas, con el propósito de determinar mi elegibilidad para beneficios/servicios proporcionados por dicha agencia. Esta divulgación facilitará la colaboración eficiente entre agencias para proporcionar o coordinar servicios y beneficios. Las agencias incluyen pero no se limitan a: el Departamento de Salud y el Departamento para el Envejecimiento y Servicios de Rehabilitación. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento notificando al trabajador social que lleva mi caso.

He completado esta solicitud por mí mismo/a  **SÍ**  **NO**. Si es **NO**, me fue leída cuando ya estaba completa  **SÍ**  **NO**.

\_\_\_\_\_  
**Firma o huella del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo de la huella o intérprete**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del cónyuge o representante autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Complete la siguiente sección en caso de que esta solicitud haya sido completada por una persona diferente al solicitante.

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona que completa la solicitud**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Número telefónico principal**

\_\_\_\_\_  
**Número telefónico alternativo**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el solicitante**