

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

### INFORMACIÓN GENERAL

Con esta solicitud, usted puede optar por 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 (General Relief, GR) – Menor independiente
- Asistencia en Efectivo para Refugiados (Refugee Cash Assistance, RCA)
- Asistencia de Emergencias TANF (TANF Emergency Assistance, TANF EA)

Tenga en cuenta que una solicitud de TANF recibirá el mismo tratamiento que una solicitud de SNAP. Asegúrese de marcar **TANF-No SNAP** en la sección **Composición del grupo familiar** si desea solicitar solamente TANF.

### CÓMO LLENAR LA SOLICITUD

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, un amigo, un pariente o un trabajador social de asuntos de elegibilidad puede ayudarlo. Si está completando la solicitud de alguien, responda cada pregunta como si fuera esa persona. Si necesita cambiar una respuesta o hacer una corrección, escriba la información correcta cerca y coloque sus iniciales y fecha al lado del cambio. Si en su casa viven más de 6 personas y necesita más espacio para enumerarlos a todos, coménteles a la agencia que necesita hojas adicionales. Si tiene una discapacidad o dificultad con el idioma inglés, posiblemente reciba ayuda adicional para garantizar que tenga la asistencia o los servicios para los cuales es elegible.

### INFORMACIÓN COMPLETA Y EXACTA

Debe suministrar información completa, exacta y verdadera. Si no suministra la información necesaria, es posible que no podamos determinar si es elegible para recibir asistencia. Si usted intencionalmente ofrece información falsa, incorrecta o incompleta, o deja de informar de algún cambio, podría perder sus beneficios y ser arrestado, enjuiciado, multado o encarcelado. Si usted intencionalmente ofrece información falsa, incorrecta o incompleta con el fin de ayudar a otra persona, podría ser arrestado o enjuiciado por fraude.

### CÓMO PRESENTAR LA SOLICITUD

Puede entregar una solicitud parcialmente llena que incluya, al menos, su nombre, dirección y firma (o la firma de su representante autorizado), **pero deberá completar el resto de dicha solicitud antes de que se determine si usted es o no elegible**. Para algunos programas, también se le podrá entrevistar, pero debe entregar su solicitud antes de su entrevista. Puede entregar su solicitud en cualquier momento en horario de oficina el mismo día que contacte a la agencia de su localidad. Tiene derecho a entregar su solicitud incluso aunque parezca que usted puede no ser elegible para los beneficios.

### VERIFICACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN

**La información que suministre en esta solicitud, incluso su Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN), se puede comparar con los registros federales, estatales y locales.** Entre estos registros se encuentran:

- Comisión de Empleo de Virginia (Virginia Employment Commission, VEC)
- Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)
- Administración de Seguro Social (Social Security Administration, SSA)
- Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles, DMV)
- Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (US Citizenship and Immigration Services, USCIS)
- Sistema de Verificación de Ingresos para Elegibilidad (Income and Eligibility Verification System, IEVS)

**Cualquier diferencia entre la información que usted suministre y estos registros se investigará. La información de estos registros puede afectar su elegibilidad para recibir el beneficio, así como el monto.** La información se puede utilizar para:

- determinar la precisión, exactitud y veracidad de la solicitud;
- verificar su identidad y ciudadanía; verificar sueldos y salarios, beneficios para desempleados e ingresos no devengados, tales como los beneficios del Seguro Social y de la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI); verificar los trimestres de cobertura según el Seguro Social de un extranjero o verificar el estatus de los extranjeros;
- evitar que se reciban beneficios de más de una agencia de servicios sociales al mismo tiempo;
- realizar los cambios requeridos al programa;
- permitir la divulgación para una evaluación oficial y para que los agentes que velan el cumplimiento de las leyes apoyen en la aprehensión de personas que huyan para evitar cumplir con la ley; o
- asistir en acciones de cobro de deudas del SNAP.

Su información también se puede usar o divulgar para estudiar programas de beneficios públicos, tales como el SNAP o la TANF.

La información relacionada con su raza o etnia no es necesaria y no afectará su elegibilidad o monto del beneficio. Esta información se solicita para garantizar que los beneficios del programa se otorgan sin importar raza, color u origen nacional.

## INFORMACIÓN ESPECIAL PARA SOLICITANTES DEL SNAP

Para solicitar los beneficios del SNAP, debe entregar una solicitud completada para recibir los beneficios en la agencia o una solicitud parcialmente completada que incluya, al menos, su nombre, dirección y firma o desprender o dejar la mitad de la próxima página con su nombre, dirección y firma. **Debe completar el resto de dicha solicitud antes de que se determine si usted es o no elegible.**

También deberá tener una entrevista en la oficina o vía telefónica. Puede entregar su solicitud antes de su entrevista. Esto es importante porque si es elegible para el mes en el cual hace la solicitud, el monto de su SNAP se basará en la fecha en la que realmente entregó su solicitud.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Está prohibido para esta institución llevar a cabo actos de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas e inclinaciones políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. (US Department of Agriculture, USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, creencia religiosa, discapacidad, edad, inclinaciones políticas o represalia o retaliación por participación anterior en alguna actividad por los derechos civiles en cualquier programa o actividad conducido o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran de medios de comunicación alternativos para información del programa (por ejemplo, braille, letras grandes, formatos de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde hicieron la solicitud de los beneficios. Las personas sordas, que tienen dificultades de audición o impedimentos del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisiones al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar a la disposición en otros idiomas aparte del inglés.

Si desea presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación del programa del USDA, (AD-3027), disponible en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y suministre toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario completado o carta al USDA por:

- (1) servicio postal: US Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para obtener cualquier otra información relacionada con los asuntos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), deberá comunicarse por el número de la línea directa (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los números de información estatal/línea directa (haga clic en el enlace para ver la lista de números de línea directa por estado) que se encuentran en línea en: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para presentar una queja por discriminación con 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).

Esta institución respeta la igualdad de oportunidades.

## INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD

1. No escriba en las áreas sombreadas. Esas áreas son solo para uso de la agencia.
2. Complete la **SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**. Complete la tabla de la **SECCIÓN B: Composición del grupo familiar** de cada una de las personas que vive en su casa, incluso aunque no esté haciendo solicitud para esa persona. Puede dejar en blanco los espacios de preguntas sobre ciudadanía, inmigración y Número de Seguro Social de las personas para quienes NO está solicitando asistencia.
3. Responda las preguntas de la **SECCIÓN C: INGRESOS** de las personas para quienes hace la solicitud. Adicionalmente, si está solicitando la **TANF**, suministre también información sobre ingresos de hijos de 18 años de edad o menores, incluso aunque no esté haciendo la solicitud para ese hijo, y para el padrastro o madrastra de los hijos para quienes hace dicha solicitud.
4. Responda las preguntas de la **SECCIÓN C: RECURSOS** de las personas para quienes hace la solicitud, a menos que esté haciendo solicitud solo para los beneficios de la TANF.
5. Después de completar desde la Sección A hasta la D, responda las preguntas de las secciones que se indican a continuación, dependiendo del tipo de asistencia que está solicitando.

**TANF**  
**SNAP**

**Sección E**, página 5  
**Sección G**, página 6

**Asistencia de Emergencias TANF**  
**Subvenciones Auxiliares**

**Sección F**, página 6  
**Sección H**, páginas 7 y 8

7. Lea **EMISIÓN DE INFORME DE CAMBIOS Y SANCIONES** en las páginas 9 y 10.
8. Lea y complete la última página de esta solicitud. Asegúrese de firmar y fechar esta solicitud.

## SERVICIO EXPEDITO PARA BENEFICIOS DEL SNAP

Su grupo familiar puede calificar para el Servicio Expedito y recibir los beneficios del SNAP dentro de los 7 días siguientes si usted es elegible y si su ingreso mensual bruto es menor a \$150 y sus recursos disponibles son \$100 o menos; o sus facturas domésticas son mayores a su ingreso mensual bruto más sus recursos disponibles; o en caso de que alguno de los miembros de su grupo familiar sea migrante o trabajador de granja migratorio con poco o ningún ingreso ni recursos. **SUMINISTRE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN DE MANERA QUE SE PUEDA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO EXPEDITO.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Total de ingreso recibido/esperado este mes antes de deducciones \$ \_\_\_\_\_

Total en efectivo, dinero en cuenta corriente/de ahorros, CD, etc. \$ \_\_\_\_\_

Total renta o hipoteca para este mes \$ \_\_\_\_\_

Gastos en servicios públicos para este mes \$ \_\_\_\_\_

¿Qué servicios públicos paga usted? (marque todos los que apliquen)

Calefacción  Luz  Teléfono  Electricidad para el aire acondicionado

Agua  Alcantarillas  Basura  Otros

¿Algún miembro de su grupo familiar es migrante o trabajador de granja  SÍ  NO

## CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA DE REGISTRO DE VOTANTES DE LA MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA

**Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría hacer la solicitud para registrarse aquí hoy para votar?**

(Por favor, marque solo una)

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

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió **no** registrarse para votar en este momento. Solicitar registrarse para votar o rehusarse a registrarse para votar no afectará la asistencia o los servicios que esta agencia le proporcionará.

Si se rehúsa a registrarse para votar, esto se mantendrá de manera confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde se entregó su solicitud lo mantendrá de manera confidencial y se usará solo para fines de registro del votante.

Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión sobre buscar o aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado si lo desea.

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

*solo para uso de la agencia*

Formulario de registro del votante completado:  Sí  No

Formulario de registro del votante entregado al solicitante para envío posterior por correo (según solicitud del solicitante)  
 Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de la agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha:

**SOLO PARA USO DE LA AGENCIA**

**NOMBRE DEL CASO**

**NÚMERO DE CASO**

**LOCALIDAD**

**EVALUADOR**

**FECHA**

**DETERMINACIÓN DEL SERVICIO EXPEDITO**

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

Ingresos + recursos < facturas de alojamiento  SÍ  NO

Para migrantes o trabajadores de granja migratorios:

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

**O**

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

**ENVIAR SI RESPONDIÓ SÍ A ALGUNA DE LAS ANTERIORES**

## SOLICITUD DE BENEFICIOS

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA		
Nombre del caso	Número de caso	Localidad
Fecha de recibido	Fecha de la entrevista:	<input type="checkbox"/> En la oficina <input type="checkbox"/> Por teléfono
Entrevistador	Programa(as)	

### A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Su información de contacto

**Su nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

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

**Ciudad, estado, código postal**

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

**Ciudad, estado, código postal**

**¿En qué ciudad o país vive?**

**Dirección de correo electrónico**

**Número de teléfono principal**

**Número de teléfono alternativo**

**Indicaciones de su casa si la dirección postal no está disponible**

**¿Cuál es el 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 (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Español   | <input type="checkbox"/> Persa            | <input type="checkbox"/> Chino    | <input type="checkbox"/> Curdo  | <input type="checkbox"/> Alemán  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Coreano  | <input type="checkbox"/> Árabe  | <input type="checkbox"/> Japonés | _____  |

### Método principal de correspondencia

Si desea recibir mensajes de texto o por correo electrónico en los cuales se le informe que se puede tener acceso electrónico a algunas notificaciones sobre sus beneficios a través de CommonHelp ([www.CommonHelp.Virginia.gov](http://www.CommonHelp.Virginia.gov)), seleccione una de las opciones que están más adelante. Escriba bien sea un número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija un método electrónico preferido de correspondencia, este se utilizará para todos los programas del caso para los cuales hizo la solicitud. Si no elige recibir notificación por mensaje de texto ni por correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del correo convencional de EE. UU.

Si está completando esta solicitud en nombre de otro individuo como representante autorizado, se le enviará por correo toda la correspondencia. El solicitante se comunicará con el departamento local de servicios sociales para averiguar cómo cambiar el método de correspondencia.

**Texto**    **Correo electrónico**   **Número celular** \_\_\_\_\_   **Dirección de correo electrónico** \_\_\_\_\_

- SÍ**    **NO**   1. ¿Ha recibido usted o alguna de las personas para quien hace la solicitud, o está recibiendo actualmente algún beneficio de una agencia de servicios sociales, incluso del SNAP (cupones de alimentos), la TANF, Medicaid, Alivio General, Subvención Auxiliar, cuidado temporal, asistencia en adopción o Asistencia en Efectivo para Refugiados? Si la respuesta es **SÍ**, ingrese la información a continuación.

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social	Tipos de beneficios recibidos
Cuándo	De qué país, ciudad o estado	

- SÍ**    **NO**   2. ¿Ha estado usted o alguna de las personas para quien hace la solicitud encarcelado por dar declaración falsa o confusa sobre su identidad o dirección para recibir beneficios de la TANF, el SNAP o Medicaid en dos o más estados al mismo tiempo? Si la respuesta es **SÍ**, suministre fecha y lugar del encarcelamiento. \_\_\_\_\_

- SÍ**    **NO**   3. ¿Ha sido usted o alguna de las personas para quien hace la solicitud descalificado para participar en la solicitud de la TANF, el SNAP o Medicaid? Si la respuesta es **SÍ**, suministre fecha y lugar de todas las descalificaciones. \_\_\_\_\_

- SÍ**    **NO**   4. ¿Alguien está violando su libertad bajo palabra o libertad condicional o ha huido para escapar de enjuiciamiento o castigo por un delito? Si la respuesta es **SÍ**, explique \_\_\_\_\_

- SÍ**    **NO**   5. ¿Usted o alguien en su hogar tiene una condena por delito mayor por drogas después del 22 de agosto de 1996 por ( ) uso ( ) posesión ( ) distribución de drogas? (Marque todas las que aplican). Si la respuesta es **SÍ**, ¿quién? \_\_\_\_\_  
¿El tribunal ordenó ( ) pruebas de droga periódicas ( ) tratamiento de drogas ( ) otra medida?  **SÍ**    **NO**  
Si la respuesta es **SÍ**, ¿terminó el plan o está cooperando?  **SÍ**    **NO**

**B. COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR:** esta sección incluye información sobre cada una de las personas que vive en su casa, incluso aunque no esté haciendo solicitud para esa persona. Puede dejar en blanco el espacio para el Número de Seguro Social si no está solicitando asistencia para la persona. Inclúyase usted de primero en la lista.

1

**Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino

**Estado civil:**  Casado  Nunca casado

Separado  Divorciado  Viudo

**Último grado completado:** \_\_\_\_\_

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

**¿Usted es veterano o dependiente?**  Sí  No

**Programa(s) solicitado(s):**

Ninguno  AG  GR  RCA  SNAP  
 TANF  TANF EA  TANF--No SNAP

**Usted**

**Relación con usted**

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

**Ciudad, estado, país de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Usted es ciudadano estadounidense?**  Sí  No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: \_\_\_\_\_

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

**Número de registro de extranjeros:** \_\_\_\_\_

**¿Es discapacitado o está embarazada?**  Sí  No

**¿Está viviendo temporalmente fuera de su hogar?**  Sí  No

**Fecha de retiro** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Fecha esperada de retorno** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Motivo para estar fuera:**

**Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas las que apliquen.**

**Etnia:**  Hispano/latino  No hispano/latino

**Origen racial:**  Blanco  Negro/afroamericano  Asiático  Asiático y negro/afroamericano  Asiático y blanco  
 Indio americano/nativo de Alaska  Negro/afroamericano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco  
 Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido

2

**Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino

**Estado civil:**  Casado  Nunca casado

Separado  Divorciado  Viudo

**Último grado completado:** \_\_\_\_\_

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

**¿Esta persona es veterano o dependiente?**  Sí  No

**Programa(s) solicitado(s):**

Ninguno  AG  GR  RCA  SNAP  
 TANF  TANF EA  TANF--No SNAP

**Relación con el solicitante**

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

**Ciudad, estado, país de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Esta persona es ciudadano estadounidense?**  Sí  No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: \_\_\_\_\_

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

**Número de registro de extranjeros:** \_\_\_\_\_

**¿Esta persona es discapacitada o está embarazada?**  Sí  No

**¿Se encuentra esta persona temporalmente fuera del hogar?**  Sí  No

**Fecha de retiro** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Fecha esperada de retorno** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Motivo para estar fuera:**

**Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas las que apliquen.**

**Etnia:**  Hispano/latino  No hispano/latino

**Origen racial:**  Blanco  Negro/afroamericano  Asiático  Asiático y negro/afroamericano  Asiático y blanco  
 Indio americano/nativo de Alaska  Negro/afroamericano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco  
 Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido

3

**Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino

**Estado civil:**  Casado  Nunca casado

Separado  Divorciado  Viudo

**Último grado completado:** \_\_\_\_\_

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

**¿Esta persona es veterano o dependiente?**  Sí  No

**Programa(s) solicitado(s):**

Ninguno  AG  GR  RCA  SNAP  
 TANF  TANF EA  TANF--No SNAP

**Relación con el solicitante**

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

**Ciudad, estado, país de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Esta persona es ciudadano estadounidense?**  Sí  No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: \_\_\_\_\_

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

**Número de registro de extranjeros:** \_\_\_\_\_

**¿Esta persona es discapacitada o está embarazada?**  Sí  No

**¿Se encuentra esta persona temporalmente fuera del hogar?**  Sí  No

**Fecha de retiro** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Fecha esperada de retorno** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Motivo para estar fuera:**

**Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas las que apliquen.**

**Etnia:**  Hispano/latino  No hispano/latino

**Origen racial:**  Blanco  Negro/afroamericano  Asiático  Asiático y negro/afroamericano  Asiático y blanco  
 Indio americano/nativo de Alaska  Negro/afroamericano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco  
 Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido

**COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (continuación)**

Si necesita más espacio para mencionar a los miembros de su grupo familiar, por favor, solicite otro formulario o escriba la información en una hoja aparte.

**4****Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_**Sexo:**  Masculino  Femenino**Estado civil:**  Casado  Nunca casado Separado  Divorciado  Viudo**Último grado completado:** \_\_\_\_\_**Nombre de la escuela si es estudiante:** \_\_\_\_\_¿Esta persona es veterano o dependiente?  Sí  No**Programa(s) solicitado(s):**
 Ninguno  AG  GR  RCA  SNAP  
 TANF  TANF EA  TANF--No SNAP
**Relación con el solicitante** \_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento** (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_**Ciudad, estado, país de nacimiento:** \_\_\_\_\_¿Esta persona es ciudadano estadounidense?  Sí  No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: \_\_\_\_\_

**Fecha de residencia en EE. UU:** \_\_/\_\_/\_\_**Número de registro de extranjeros:** \_\_\_\_\_¿Esta persona es discapacitada o está embarazada?  Sí  No¿Se encuentra esta persona temporalmente fuera del hogar?  Sí  No**Fecha de retiro** \_\_/\_\_/\_\_ **Fecha esperada de retorno** \_\_/\_\_/\_\_**Motivo para estar fuera:** \_\_\_\_\_

Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas las que apliquen.

**Etnia:**  Hispano/latino  No hispano/latino
**Origen racial:**  Blanco  Negro/afroamericano  Asiático  Asiático y negro/afroamericano  Asiático y blanco  
 Indio americano/nativo de Alaska  Negro/afroamericano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco  
 Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido
**5****Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_**Sexo:**  Masculino  Femenino**Estado civil:**  Casado  Nunca casado Separado  Divorciado  Viudo**Último grado completado:** \_\_\_\_\_**Nombre de la escuela si es estudiante:** \_\_\_\_\_¿Esta persona es veterano o dependiente?  Sí  No**Programa(s) solicitado(s):**
 Ninguno  AG  GR  RCA  SNAP  
 TANF  TANF EA  TANF--No SNAP
**Relación con el solicitante** \_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento** (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_**Ciudad, estado, país de nacimiento:** \_\_\_\_\_¿Esta persona es ciudadano estadounidense?  Sí  No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: \_\_\_\_\_

**Fecha de residencia en EE. UU:** \_\_/\_\_/\_\_**Número de registro de extranjeros:** \_\_\_\_\_¿Esta persona es discapacitada o está embarazada?  Sí  No¿Se encuentra esta persona temporalmente fuera del hogar?  Sí  No**Fecha de retiro** \_\_/\_\_/\_\_ **Fecha esperada de retorno** \_\_/\_\_/\_\_**Motivo para estar fuera:** \_\_\_\_\_

Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas las que apliquen.

**Etnia:**  Hispano/latino  No hispano/latino
**Origen racial:**  Blanco  Negro/afroamericano  Asiático  Asiático y negro/afroamericano  Asiático y blanco  
 Indio americano/nativo de Alaska  Negro/afroamericano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco  
 Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido
**6****Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_**Sexo:**  Masculino  Femenino**Estado civil:**  Casado  Nunca casado Separado  Divorciado  Viudo**Último grado completado:** \_\_\_\_\_**Nombre de la escuela si es estudiante:** \_\_\_\_\_¿Esta persona es veterano o dependiente?  Sí  No**Programa(s) solicitado(s):**
 Ninguno  AG  GR  RCA  SNAP  
 TANF  TANF EA  TANF--No SNAP
**Relación con el solicitante** \_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento** (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_**Ciudad, estado, país de nacimiento:** \_\_\_\_\_¿Esta persona es ciudadano estadounidense?  Sí  No

Si la respuesta es No, estatus migratorio: \_\_\_\_\_

**Fecha de residencia en EE. UU:** \_\_/\_\_/\_\_**Número de registro de extranjeros:** \_\_\_\_\_¿Esta persona es discapacitada o está embarazada?  Sí  No¿Se encuentra esta persona temporalmente fuera del hogar?  Sí  No**Fecha de retiro** \_\_/\_\_/\_\_ **Fecha esperada de retorno** \_\_/\_\_/\_\_**Motivo para estar fuera:** \_\_\_\_\_

Suministrar la siguiente información es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad. Por favor, marque todas las que apliquen.

**Etnia:**  Hispano/latino  No hispano/latino
**Origen racial:**  Blanco  Negro/afroamericano  Asiático  Asiático y negro/afroamericano  Asiático y blanco  
 Indio americano/nativo de Alaska  Negro/afroamericano y blanco  Indio americano/nativo de Alaska y blanco  
 Nativo de Hawaii/otras islas del pacífico  Indio americano/nativo de Alaska y negro  Otro/desconocido

**C. INGRESOS**

1. ¿Usted, o alguien que vive con usted, recibe o espera recibir alguno de los siguientes tipos de ingresos generados por trabajo? Incluya dinero de todos los trabajos que tiene ahora o espera comenzar: a tiempo completo, a medio tiempo, migratorios, temporal, por cuenta propia. Responda Sí o No a continuación y suministre la información solicitada:

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

a.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Número de horas a la semana

Fecha en la que comenzó el trabajo

Nombre del empleador, dirección y número de teléfono

Frecuencia de pago

Próxima fecha de pago (mm-dd-aaaa)

**Cronograma de pago**

- Semanal     Mensual  
 Cada 2 sem.     Dos veces/mes  
 Otro

b.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Número de horas a la semana

Fecha en la que comenzó el trabajo

Nombre del empleador, dirección y número de teléfono

Frecuencia de pago

Próxima fecha de pago (mm-dd-aaaa)

**Cronograma de pago**

- Semanal     Mensual  
 Cada 2 sem.     Dos veces/ mes  
 Otro

Sí     NO 2. ¿Alguien ha sido despedido, perdido su trabajo, estado de licencia por maternidad o enfermedad, participado en huelga, renunciado a un trabajo o reducido horas trabajadas en los últimos 60 días? Si la respuesta es **SÍ**, suministre el nombre y explique: \_\_\_\_\_

3. ¿Usted, o alguien que viva con usted (incluso niños), recibe o espera recibir alguno de los siguientes? Responda Sí o No a continuación y suministre la información solicitada.

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

a.	\$		
Nombre de la persona	Monto	Tipo de dinero o ayuda	¿Con qué frecuencia se recibe?
b.	\$		
Nombre de la persona	Monto	Tipo de dinero o ayuda	¿Con qué frecuencia se recibe?
c.	\$		
Nombre de la persona	Monto	Tipo de dinero o ayuda	¿Con qué frecuencia se recibe?

Sí     NO 4. ¿Alguien, además de los que participan en su caso, le paga directamente, lo ayuda a pagar, le presta dinero para pagar la renta, servicios públicos, facturas médicas o cualquier otra cuenta? ¿O alguien le provee completamente alimentos, alojamiento o ropa a usted o a otra persona con regularidad? Si la respuesta es **SÍ**, suministre el nombre, monto y explique: \_\_\_\_\_

Sí     NO 5. ¿Alguien tiene gastos de cuidado diurno por un niño, una persona de edad avanzada o un adulto con discapacidad? Si la respuesta es **SÍ**, suministre el nombre, monto y explique: \_\_\_\_\_

Sí     NO 6. ¿Alguna persona está legalmente obligada a pagar la manutención por un niño a alguien que no está en el grupo familiar? Si la respuesta es **SÍ**, suministre el nombre de la persona que paga, el de la persona que recibe el apoyo y el monto: \_\_\_\_\_



**D. RECURSOS**

No tiene que completar esta sección si está solicitando solamente la TANF. De lo contrario, responda por todas las personas para quienes hace la solicitud. Incluya los recursos que cada uno posee, o que son de propiedad conjunta, incluso aunque esa persona no viva con usted. Suministre los nombres de todos los copropietarios.

1. ¿Usted, o alguien que viva con usted, posee alguno de los siguientes recursos o activos?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Efectivo \$ _____</li> <li><input type="checkbox"/> 401K, 403B, etc.</li> <li><input type="checkbox"/> Cuenta personal de jubilación (IRA)</li> <li><input type="checkbox"/> Plan de compensación diferida</li> <li><input type="checkbox"/> Plan Keogh</li> <li><input type="checkbox"/> Acciones o bonos</li> </ul> | <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Corriente, ahorros</li> <li><input type="checkbox"/> Pagarés</li> <li><input type="checkbox"/> Ahorros de Navidad</li> <li><input type="checkbox"/> Cuenta uniforme de donaciones a menores</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)</li> <li><input type="checkbox"/> Planes de pensión</li> </ul> | <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cooperativa de crédito</li> <li><input type="checkbox"/> Fondos del mercado monetario</li> <li><input type="checkbox"/> Escrituras del fideicomiso</li> <li><input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación</li> <li><input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> </ul> |
|--|--|--|

— Si la respuesta es **Sí a alguna de las anteriores**, por favor, suministre la siguiente información:

**a.**

Nombre del propietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre del copropietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)
--	--

Nombre del banco o institución	Tipo de cuenta	Número de cuenta	\$ Saldo
Dirección del banco o institución			

**b.**

Nombre del propietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre del copropietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)
--	--

Nombre del banco o institución	Tipo de cuenta	Número de cuenta	\$ Saldo
Dirección del banco o institución			

Sí  NO 2. ¿Alguien ha vendido, transferido o cedido algún recurso en los últimos tres meses (si está solicitando beneficios del SNAP) o en los últimos tres años (si está solicitando Subvenciones Auxiliares)? Si la respuesta es Sí, explique: \_\_\_\_\_

**E. ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) (SOLICITE UNA PÁGINA ADICIONAL SI NECESITA MÁS ESPACIO)**

<p><b>1. INFORMACIÓN DEL NIÑO/PADRES</b></p> <p>Enumere cada niño para quien hace la solicitud. Luego, suministre los nombres de los padres.</p> <p><b>Debe identificar a los padres con el fin de recibir los beneficios de la TANF. Si llegara a identificar erróneamente a alguno de los padres, podría ser enjuiciado</b></p>	<p><b>2. VACUNAS</b></p> <p>(Responda <b>solamente</b> si está solicitando los beneficios de la TANF.)</p> <p>¿El niño ha recibido <b>TODAS</b> las vacunas obligatorias según su edad?</p> <p>Marque (✓) <b>Sí</b> o <b>No</b> o <b>Se desconoce</b></p>
Nombre del niño	Sí ( )      No ( )      Se desconoce ( )
Madre	
Padre	
Nombre del niño	Sí ( )      No ( )      Se desconoce ( )
Madre	
Padre	
Nombre del niño	Sí ( )      No ( )      Se desconoce ( )
Madre	
Padre	
Nombre del niño	Sí ( )      No ( )      Se desconoce ( )
Madre	
Padre	

**F. ASISTENCIA DE EMERGENCIAS TANF**

- SÍ  NO 1. ¿Usted, o su familia, ha experimentado un desastre natural en los últimos 30 días? Si la respuesta es **SÍ**, suministre la fecha y explique. \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 2. Como resultado del desastre natural o del incendio, ¿alguna de las personas tiene necesidades urgentes como ropa, reparación o reemplazo de enseres domésticos y suministros que hayan resultado destruidos?

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

**G. BENEFICIOS DEL SNAP** (anteriormente, cupones de alimentos)

1. Escriba el nombre de la persona que es la cabeza de su grupo familiar: \_\_\_\_\_.
2. Un representante autorizado puede solicitar los beneficios en su nombre, recibir y usar sus beneficios del SNAP en su nombre o recibir copias de sus notificaciones del programa. Si desea mencionar un representante autorizado, suministre la siguiente información sobre él y lo que desea que haga en su nombre. Observe que usted puede tener solo un representante con acceso a sus beneficios.

Nombre, dirección y número de teléfono del representante autorizado	Marque (✓) cada tarea que se le autoriza
	<input type="checkbox"/> Solicitar beneficios del SNAP <input type="checkbox"/> Recibir correspondencia <input type="checkbox"/> Tener acceso o usar beneficios del SNAP
	<input type="checkbox"/> Solicitar beneficios del SNAP <input type="checkbox"/> Recibir correspondencia <input type="checkbox"/> Tener acceso o usar beneficios del SNAP

- SÍ  NO 3. ¿Hay alguien que viva en su casa que **NO** esté incluido en su solicitud del SNAP? Si la respuesta es **SÍ**, ¿usted y todas las personas por quienes está haciendo la solicitud, por lo general, compran y preparan las comidas aparte de estas personas? ¿O usted tiene la intención de hacerlo si se aprueba su solicitud de beneficios del SNAP? Marque (✓)  SÍ  NO
- SÍ  NO 4. ¿Alguno de quienes viven en la casa le alquila una habitación (compañero de habitación) o se le presta una habitación y se le ofrece alimento (huésped)? Si la respuesta es **SÍ**, escriba los nombres: \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 5. ¿Alguna de las personas tiene 60 años o más o está autorizada para recibir Medicaid debido a alguna discapacidad o recibe algún tipo de cheque por discapacidad? Si la respuesta es **SÍ**, enumere todos los gastos médicos actuales de estas personas.

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

- SÍ  NO 6. ¿Tiene alguno de los siguientes gastos de alojamiento? Si la respuesta es **SÍ**, enumere sus gastos actuales. Marque (✓) aquí  si estos gastos son para una casa en la que no vive.

Gasto	Monto facturado	Frecuencia de la factura	¿Quién es responsable de la factura?
Renta/hipoteca			
Impuestos/seguro			
Electricidad			
Gas/petróleo/querosén/carbón/madera			
Agua/alcantarillado/basura			
Teléfono			
Instalación			

- 6a ¿Cómo proporciona calefacción a su casa? \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 6b ¿Tiene aire acondicionado en casa?
- SÍ  NO 6c ¿Recibió asistencia en energía/combustible este año pasado mientras vivía en su vivienda actual?
- SÍ  NO 6d ¿Se está quedando temporalmente en casa de otra persona, refugio de emergencia, hotel de beneficencia, otra vivienda temporal o en un lugar que normalmente no se usa para dormir? Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuánto le cuesta quedarse allí mensualmente? \_\_\_\_\_
- Si se está quedando temporalmente en casa de otra persona, ¿cuándo se mudó para allá? \_\_\_\_\_

## H. SUBVENCIONES AUXILIARES (AG)

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

Descripción de las facturas	Fecha de las facturas	Fecha de facturas pagadas

- SÍ  NO 6. ¿Tiene enseres domésticos o algún efecto personal que tenga un valor superior a \$500? Si la respuesta es **SÍ**, enumere los elementos y su valor aquí. \_\_\_\_\_
- SÍ  NO 7. ¿Tiene alguna parcela para sepultura, arreglos funerarios o fideicomiso para gastos funerarios?

Propietario(s)	Número de parcelas, Tipo de arreglo:	Dónde	Valor en \$ Monto adeudado en \$	Fecha de la adquisición

- SÍ  NO 8. ¿Alguna de las personas debe alguna propiedad personal como caravanas/remolques, botes no motorizados, remolques de servicio, herramientas, equipamiento, suministros o ganado?

Propietario(s)	Tipo	¿Esta propiedad se usa en su negocio o comercio, incluso en las actividades agrícolas? SÍ ( ) NO ( )	Valor	Monto adeudado	Fecha de la adquisición

- SÍ  NO 9. ¿Alguna de las personas tiene bienes inmuebles, lo que incluye propiedades vitalicias, propiedad heredada, terrenos, edificios o casas rodantes? **Si la respuesta es SÍ**, ¿usted vive allí? Marque (✓)  SÍ  NO

Propietario(s)	Tipo	SÍ ( ) NO ( ) ¿Actualmente alquilado? SÍ ( ) NO ( ) ¿Genera ingresos? SÍ ( ) NO ( ) ¿Actualmente a la venta?	Valor \$	Monto adeudado \$	Fecha de la adquisición

- SÍ  NO 10. ¿Alguien posee vehículos como automóviles, camiones, camionetas, botes motorizados, casas rodantes, caravanas o motocicleta/ciclomotor?

Propietario(s)	Tipo, marca, modelo, año	¿Posee licencia actualmente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	# ID del vehículo # de licencia # #	Valor del monto adeudado \$ \$	Estado de uso	Fecha de la adquisición

- SÍ  NO 11. ¿Tiene enseres domésticos o algún efecto personal que tenga un valor superior a \$500, como plata, porcelana fina, pieles, obras de arte, joyas u otros artículos que posee por su valor o como inversión?

Descripción y valor de los artículos

- SÍ  NO 12. ¿Alguien tiene algún seguro de vida? **Si la respuesta es SÍ**, suministre información sobre cada póliza. Enumere cada póliza por separado. Adjunte una hoja aparte si es necesario.

Propietario	Persona asegurada	Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> a término	Valor nominal \$	Valor efectivo \$
Nombre de la compañía	Número de la póliza			
Propietario	Persona asegurada	Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> a término	Valor nominal \$	Valor efectivo \$
Nombre de la compañía	Número de la póliza			
Propietario	Persona asegurada	Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Seguro de vida <input type="checkbox"/> a término	Valor nominal \$	Valor efectivo \$
Nombre de la compañía	Número de la póliza			

## H. SUBVENCIONES AUXILIARES (AG) continuación

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 13. ¿Alguien tiene seguro de vida? Si la respuesta es SÍ, complete lo siguiente:

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

SÍ  NO 14. ¿Alguien goza de los beneficios de Medicaid?

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

15. Indique el nombre de todas las personas que se espera que se incluyan en su declaración de renta de este año, vivan o no en la misma vivienda donde usted habita. 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 sus nombres bajo el título de "No contribuyente(s)".

Contribuyente:	
Contribuyente común:	
Contribuyente(s) dependiente(s):	
No contribuyente(s)	

**CAMBIOS QUE DEBE NOTIFICAR, RESPONSABILIDADES Y SANCIONES  
(LEA ESTA SECCIÓN CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR LA PRESENTE SOLICITUD)**

**NOTIFICACIONES DE CAMBIOS**

Debe notificar los cambios que ocurren. Lo que debe notificar y cuándo debe hacerlo varía dependiendo de cada programa como se señala a continuación o en la página siguiente del SNAP.

**TANF/Asistencia en efectivo para refugiados:** haga la notificación dentro de los 10 días siguientes, pero no después del 10° día del mes luego de que ocurra el cambio. Notifique estos cambios:

- El ingreso de su grupo familiar está por encima del 130% del nivel de pobreza federal. Vea el informe de cambio o el aviso de acción para el monto, o visite [www.dss.virginia.gov](http://www.dss.virginia.gov).
- Su dirección cambia.
- Un individuo elegible ingresa o sale del hogar.
  - Cambios que pueden afectar su participación en la Iniciativa de Virginia para Empleo sin Protección (Virginia Initiative for Employment not Welfare, VIEW) como cambios en ingresos, empleo, educación, capacitación, transporte y cuidado de niños.

**Alivio general (menor independiente):** notifíquelo el día en el que ocurre el cambio o el primer día que la agencia está abierta posterior al cambio. Notifique estos cambios:

- Su dirección cambia.
- El monto de sus cambios de ingreso mensuales.
- Hay otros cambios que pueden afectar la elegibilidad.

**Subvenciones Auxiliares:** notificar los cambios dentro de los 10 días siguientes: notifique estos cambios:

- Su dirección cambia.
- El monto de sus cambios de ingreso mensuales.
- Hay cambios en sus recursos, incluso en transferencia de activos/propiedades o en vehículos motorizados que posee.

**SANCIONES PARA CASOS DE INFRACCIÓN DE LA TANF Y LA ASISTENCIA EN EFECTIVO PARA REFUGIADOS (RCA)**

No deberá deliberadamente suministrar información falsa, ocultar información ni dejar de notificar cambios a tiempo con el fin de recibir la TANF o la RCA, o para recibir servicios de apoyo o servicios transicionales como atención infantil o asistencia con el transporte.

Si se le encuentra culpable o incumple intencionalmente estas reglas, dejará de ser elegible para recibir la TANF o la RCA para usted por 6 meses (1ª infracción), 12 meses (2ª infracción) o de manera permanente (3ª infracción). Adicionalmente, podría ser enjuiciado según la legislación federal o estatal.

Toda persona condenada por distorsionar información sobre su residencia para obtener beneficios de la TANF, Medicaid, el SNAP o la SSI en dos o más estados dejará de ser elegible para la TANF por 10 años.

Toda persona condenada por delitos relacionados con drogas por acciones que sucedieron posterior al 22 de agosto de 1996 podría ser vetada de manera permanente.

**CAMBIOS DEL SNAP QUE DEBE NOTIFICAR, RESPONSABILIDADES Y SANCIONES  
(LEA ESTA SECCIÓN CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR LA PRESENTE SOLICITUD)**

Deberá notificar los cambios que se hagan al SNAP, pero lo que debe notificar está vinculado a cuánto tiempo será usted elegible para recibir los beneficios, el periodo de certificación. Debe notificar los cambios que ocurren durante el periodo de certificación dentro de los 10 días siguientes, pero no después del 10° día del mes luego de que ocurra el cambio.

Los cambios que se deben notificar durante el periodo de certificación del SNAP dependen de la duración del periodo de certificación. La "Notificación simplificada" aplica para grupos familiares que son elegibles para recibir los beneficios del SNAP durante cinco (5) meses o más. La "Notificación de cambios" aplica para grupos familiares elegibles para recibir los beneficios del SNAP desde uno (1) hasta cuatro (4) meses. Los cambios que se deben notificar en cada categoría se indican a continuación.

**PRESENTACIÓN DE INFORME PROVISIONAL**

Además de notificar los cambios cuando ocurren durante el periodo de certificación del SNAP, es posible que los grupos familiares de notificación simplificada deban entregar un informe provisional en el sexto mes o duodécimo mes. El informe provisional se utiliza para determinar la cantidad de beneficios del SNAP que el grupo familiar recibirá en la segunda mitad del periodo de certificación. El informe provisional ofrece un panorama de las circunstancias del hogar que se presentaron en el momento de la solicitud. Solicitaremos prueba de los cambios en los ingresos y en las obligaciones legales para pagar la manutención del niño. Si el grupo familiar no devuelve el informe provisional completado el día cinco del mes, es posible que los beneficios del SNAP en el séptimo o décimo tercer mes se retrasen o finalicen. Podrá obtener asistencia para la emisión del informe provisional a través de una llamada telefónica al número impreso en el formulario.

**REQUISITOS PARA NOTIFICACIONES: NOTIFICACIÓN SIMPLIFICADA DEL GRUPO FAMILIAR**

Certificado por cinco meses o más, los grupos familiares deben notificar:

- El ingreso de su grupo familiar está por encima del 130% del nivel de pobreza federal. Vea el Informe de Cambio, el aviso de acción para el monto o visite [www.dss.virginia.gov](http://www.dss.virginia.gov)
- El número de horas laborales en una semana se ubica por debajo de 20 para personas entre 18 y 49 años de edad si no hay niños en la casa con el SNAP.

**REQUISITOS PARA NOTIFICACIONES: NOTIFICACIONES DE CAMBIO DEL GRUPO FAMILIAR**

Certificado por cuatro meses o menos, los grupos familiares deben notificar:

- Hay un cambio en el número de personas en su grupo familiar;
- Su dirección cambia, incluso los gastos de alojamiento que cambian como resultado de la mudanza;
- La obligación de pagar la manutención del niño cambia o el monto que se paga a alguien fuera del grupo familiar cambia;
- Sus recursos disponibles, como cuentas bancarias, efectivo, bonos, etc. son de \$2,250 o \$3,250\*;
- El número de horas laborales se ubica por debajo de 20 a la semana para personas entre 18 y 50 años de edad si no hay niños en la casa; o
- Hay cambios en los ingresos:
  - Hay cambios en los ingresos no devengados de más de \$50 por fuente de ingresos, tales como el Seguro Social, la SSI, pensiones, etc.;
  - Hay cambios en los ingresos devengados de más de \$100 por el dinero recibido del trabajo;
  - Usted comienza o finaliza un trabajo; o
  - Su trabajo cambia de tiempo completo a medio tiempo o viceversa.

**RESPONSABILIDADES DEL SNAP Y SANCIONES POR INFRACCIONES**

**No deberá:**

- **suministrar información falsa ni ocultar información para obtener beneficios del SNAP;**
- **comercializar o vender tarjetas electrónicas de transferencia de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT) ni intentarlo;**
- **usar beneficios del SNAP para comprar artículos que no son alimentos, como alcohol, tabaco o productos de papel;**
- **usar la tarjeta EBT de otra persona para su grupo familiar;**
- **comprar un artículo y descartar su contenido con el fin de obtener la devolución del depósito del contenedor;**
- **revender un producto comprado a cambio de efectivo ni intercambiar un producto comprado en contraprestación por otro producto que no sea alimento; ni**
- **comprar alimentos a crédito.**

Si incumple intencionalmente alguna de estas reglas, se le prohibirá recibir beneficios SNAP durante 12 meses (1ª infracción), 24 meses (2ª infracción) o definitivamente (3ª 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 del SNAP en más de un lugar al mismo tiempo, se le podría prohibir los beneficios por diez años.

Si es condenado en un tribunal por comercializar o vender beneficios del SNAP de \$500.00 o más, podría ser vetado de manera permanente.

Si es condenado en un tribunal por comercializar beneficios del SNAP a cambio de una sustancia controlada, podría ser vetado por 24 meses por la 1ª violación y de manera permanente por la 2ª violación.

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

**CON MI FIRMA A CONTINUACIÓN, DECLARO LO SIGUIENTE:**

- Leí la información que está al comienzo de esta solicitud, así como la sección de Emisión de Informe y Sanciones de esta solicitud.
- Entiendo que, si me rehúso a cooperar con cualquier revisión de mi elegibilidad, incluso una revisión de Aseguramiento de la Calidad, se suspenderán mis beneficios hasta que yo coopere.
- Entiendo que, si mi solicitud es para obtener beneficios del SNAP, no notificar 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 notifico un cambio oportunamente o de manera deliberada, puedo estar infringiendo la ley y podría ser juzgado por perjurio, hurto o fraude en la asistencia pública. Entiendo que si ayudo a alguien a completar el presente formulario de manera que la persona reciba beneficios a los que no tiene derecho, estaré infringiendo la ley y podría ser juzgado.
- Como condición para recibir beneficios de la TANF, acuerdo ceder todos mis derechos a manutención financiera pagada a mí o a cualquier persona por quien estoy recibiendo la TANF. Después de que mi solicitud de la TANF sea aprobada, acepto dar todos los pagos de manutención que reciba a la División de Cumplimiento de Manutención Infantil (Division of Child Support Enforcement, DCSE).
- Autorizo al Departamento de Servicios Sociales y a los contratistas de servicios para 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 que aparece más adelante. 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, entiendo que mi solicitud será evaluada para Medicaid. Acepto ceder mis derechos para apoyo médico y otros pagos de terceros al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services, DMAS). Asimismo, acepto ceder los derechos de cualquier persona por quien estoy solicitando Subvenciones Auxiliares para apoyo médico y otros pagos de terceros al DMAS. Si no acepto ceder estos derechos, no seré elegible para Medicaid.
- Entiendo que, en la medida en la que lo permita la legislación federal, la información sobre esta solicitud se puede compartir con agencias subordinadas a la Secretaría de Salud y Recursos Humanos de Virginia. La información sobre los solicitantes y receptores de los servicios se puede compartir para: 1) reestructurar los procesos administrativos y reducir las cargas administrativas de las agencias; 2) reducir papeleo y cargas administrativas para los solicitantes y receptores; y 3) mejorar el acceso y la calidad de los servicios que prestan las agencias.
- Entiendo que diferentes agencias estatales proporcionan servicios y beneficios distintos. Entiendo que cada agencia debe tener información específica para determinar la elegibilidad de servicios y beneficios.  
 **Autorizo**  **No autorizo** al Departamento de Servicios Sociales a divulgar cierta información sobre mí a otras agencias, lo que incluye información contenida 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 las agencias para ofrecer o coordinar servicios y beneficios. Entre las agencias se encuentran, sin limitación, Departamento de Salud y Departamento para el Envejecimiento y Servicios de Rehabilitación. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento con una notificación al trabajador social que lleva mi caso.

Completé esta solicitud por mí mismo  **SÍ**  **NO**. Si la respuesta es **NO**, se me volvió a leer cuando la completé  **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 si otra persona completó esta solicitud para el solicitante.

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

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

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono principal**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono alternativo**

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