Estado de Virginia
Departamento de Servicios Sociales

NOMBRE DEL CASO	NUMERO DEL CASO	PROGRAMA(S)	LOCALIDAD	TRABAJADOR(ES)	FECHA DE RECIBO
NOMBRE DEL CASO	NUMERO DEL CASO	PROGRAMA(S)	LOCALIDAD	TRABAJADOR(ES)	FECHA DE RECIBO

ANALISIS DE ELEGIBILIDAD – PARTE B

B.RECURSOS Conteste para cada persona para quien usted solicita. Incluya cualquier recurso que alguien posee, está comprando o al cual es heredero. Incluya cualquier recurso poseído en común con otra persona, aun si esa persona no vive con usted. Después del nombre de cada dueño en común, dé el porcentaje (%) del recurso poseido por esa persona. **Hable con su trabajodor/a de elegibilidad si necesita ayunda en contestar estas preguntas, incluso ayuda con el porcentaje poseído.**

❑ SI ❑ NO 1. ¿Tiene alguien efectivo, dinero en cuentas corrientes/cuentas de ahorros/asociaciones de crédito/Club de Navidad/ cuenta para desarrollo individual o mercado monetario o cualquier otra cuenta, Certificados de Depósito, fondos especiales para pacientes, cuentas especiales de asistencia social, acciones o bonos, fondos fiduciaries, planes de pension, cuentas de jubilación, pagarés, escrituras de fideicomiso, cuadros de entierro/arreglos/fondos fiduciarios ¿Se ha abierto una cuenta de ahorros para pagar la escuela, para pagar el pronto para comprar una casa o para empezar un negocio?

Marque (√): ❑ SI ❑ NO SI la cuenta de ahorros es para los gastos de la escuela, ¿para quién se pagarán los gastos? _____

DUEÑO(S)	TIPO (NUMERO DE CUENTA)	DONDE	SI ( ) NO ( ) ¿SE USA ESTA RESURSO EN SU NEGOCIO U OFICIO, INCLUSO AGRICULTURA?	CANTIDAD O VALOR $	FECHA DE ADQUISICION
DUEÑO(S)	TIPO (NUMERO DE CUENTA)	DONDE	SI ( ) NO ( ) ¿SE USA ESTA RESURSO EN SU NEGOCIO U OFICIO, INCLUSO AGRICULTURA?	CANTIDAD O VALOR $	FECHA DE ADQUISICION
DUEÑO(S)	TIPO (NUMERO DE CUENTA)	DONDE	SI ( ) NO ( ) ¿SE USA ESTA RESURSO EN SU NEGOCIO U OFICIO, INCLUSO AGRICULTURA?	CANTIDAD O VALOR $	FECHA DE ADQUISICION

❑ SI ❑ NO 2. ¿Tiene alguien propiedad personal, como caravanas, casas-remoque, botes sin motor, remolques de utilidad, herramientas, equipo, provisiones, o ganado?

DUEÑO(S)	TIPO	SI ( ) NO ( ) ¿Se usa esta propiedad en su negocio u oficio, incluso agricultura?	VALOR $ CANTIDAD DEBIDA $	FECHA DE ADQUISICION

❑ SI ❑ NO 3. ¿Tiene alguien bienes raices, incluso propiedades de vida, terrenos, edificios, o casas móviles? En caso afirmativo, ¿vive usted allí? Marque (√) ❑ SI ❑ NO

DUEÑO(S)	TIPO (INCLUSO NUMERO DE ACRES)	SI ( ) NO ( ) Alquilado ahora SI ( ) NO ( ) Produce ingresos SI ( ) NO ( ) Ahora en venta	VALOR $ CANTIDAD DEBIDA $	FECHA DE ADQUISICION

❑ SI ❑ NO 4. ¿Tiene alguien vehiculos, como carros, camiones, camionetas, botes motorizados, casas móviles, vehiculos de recreo, o motocicletas/ciclomotores?

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

❑ SI ❑ NO 5. ¿Tiene alguien seguro de salud?

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

❑ SI ❑ NO 6. ¿Tien alguien Medicare?

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

❑ SI ❑ NO 7. ¿Tien alguien pólizas de seguro de vida, de jubilación, u otros tipos semejantes de pólizas de seguro? (**No se requiere para Cupones de Comida**.)

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

❑ SI ❑ NO 8. ¿Ha vendido, transferido o regalado alguien cualquier recurso durante los 3 meses pasados (para **Cupones de Comida**), durante los 2 años pasados (para **TANF** o **Ayuda General**), o ecursos o **ingresos** durante los 5 años pasados (para **Medicaid**)? En caso afirmativo, explique._____

C. INGRESOS Conteste para cada persona para quien usted soliticite. Para **TANF** y **Medicaid** para niños, dé también los datos sobre los ingresos del padre/de la madre o de padrastro/de la madrastra del niño que viva en la casa; o los ingresos de cualquier persona que viva con el padre/la madre como esposa/esposa. Si el padre/la madre es persona menor de edad bajo la edad de 18 años para TANF o bajo la edad de 21 años para Medicaid, dé tambieén los datos sobre el padre/la madre menor de edad.

❑ SI ❑ NO 1. ¿Recibe alguien dinero de cualquier fuente? Incluya dinero recibido per medio de trabajo por cuenta propia, pensiones, propiedad que produce rentas, a poye económico o contribuciones. En caso afimativo, dé los datos pedidos. Si se recibe el dinero trabajando, dé los datos de empleo.

PERSONA QUE RECIBE DINERO	TIPO DE DINERO	RECIBIDO CON QUE FRECUENCIA	CUANDO RECIBIDO	CANTIDAD MENSUAL BRUTA ANTES DE LAS DEDUCCIONES	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DEL EMPLEADOR	FECHA DEL COMIENZO DE EMPLEO	HORAS MENSUALES DE TRABAJO
				$			
				$			
				$			
				$			

❑ SI ❑ NO 2. ¿Ha sufrido alguien despido, suspension, o se ha ido con permiso a causa de enfermedad o embarazo, o se ha declarado en huelga, o ha dejado un empleo o le han reducido las heras de trabajao desde que usted hizo solicitud? En caso afirmativo, dé el nombre y explique:_____

❑ SI ❑ NO 3 Además de las personas en su caso, ¿paga alquien directamente en nombre de usted, le ayuda a pagar, o le presta dinero para pagar alquiler, servicios, cuentas médicas, o cualquier otra cuenta? ¿O hay alguien que totalmente provea comida, alojamiento, o ropa para usted u otra persona regularmente? En caso afirmativo, dé el nombre y la cantidad y exlpique:_____

❑ SI ❑ NO 4. ¿Ha solicitado o recibido alguien ayuda financiera estudinatil o programa de trabajo-estudio para el periodo académico actual en cualquier universidad, escuela o programa de aprendizaje más allã de la escuela secundaria, o en cualquier escuela o programa de aprendizaje para los fisica o mentalmente incapacitados?

NOMBRE DE PERSONA	TIPO DE AYUDA FINANCIERA	CANTIDAD	PERIODO CUBIERTO	MATICULA/ COSTOS	LIBROS/ PROVISIONES	TRANSPORTE	CUIDADO DE PERSONA(S) A CARGO	CUARTO/ COMIDAS	OTRAS GASTOS
		$	DESDE HASTA	$	$	$		$	$

❑ SI ❑ NO 5 ¿Tiene alguien gastos para cuidado durante el dia para un niño o una persona mayor de edad, o un adulte incapacitado? En caso afirmativo, dé nombre y la cantidad y explique: _____

❑ SI ❑ NO 6 ¿Paga alguien mantenimiento a otra persona que no esté en la casa? En caso afirmativo, dé el nombre de la persona que paga, la persona que recibe el mantenimiento, y la cantidad:_____

D. CUPONES DE COMIDA

1. Dé el nombre de la persona que es la cabeza de su casa.
   ATENCION: Véase el Folleto de Programas de Beneficios para más información.

CABEZA DE LA CASA

❑ SI ❑ NO 2. ¿ ¿Le gustaría nombrar cualquier representante autorizados que pudieran solicitar cupones de comida por usted, recibir o usar sus cupones de comida en tiendas de comestibles por usted, o recibir correspondencia y notificaciones sobre cupones de comida por usted?

NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DE REPRESENTANTE(S) AUTHORIZADO(S)	Marque (√) CADA FUNCION AUTORIZADA PARA ESA PERSONA
	❑ SOLICITA CUPONES DE COMIDA ❑ RECIBIR CORRESPONDENCIA ❑ RECIBIR O USAR CUPONES DE COMIDA

❑ SI ❑ NO 3. ¿Vive alguien en su casa que NO esté incluido en su solicitud por Cupones de Comida? En caso afirmativo, ¿es que compran y preparan comidas usted y todos para quienes usted solicite en lugar separado de esa gente? ¿O, piensa usted hacer eso si se aprueba su solicitud por Cupones de Comida? Marque (√) ❑ SI ❑ NO

❑ SI ❑ NO 4. ¿Es huésped o pensionista alguien que vive en su casa? En caso afirmativo, dé los nombres:_____

❑ SI ❑ NO 5. ¿Hay alguien de la edad de 60 años o más O que esté aprobado para recibir Medicaid a causa de una incapacidad O que reciba cualquier tipo de cheque de incapacidad? En caso afirmativo, dé todos los gastos medicos actuales de esa gente. HABLE CON SU TRABAJADOR/A ANTES DE CONTESTAR SOBRE METODO DE DECUCCION.

PERSONA QUE TIENE GASTO	TIPO DE GASTO	CANTIDAD	NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO DE MEDICO, HOSPITAL, FARMACIA	METODO DE DEDUCCION
		$		❑ SUMA TOTAL ❑ PROMEDIO MENSUAL ❑ PAGO ESPERADO
		$		❑ SUMA TOTAL ❑ PROMEDIO MENSUAL ❑ PAGO ESPERADO

❑ SI ❑ NO 6. ¿Tien alguien cualquiera de los siguientes gastos de alojamiento? Marque (√) aquí ❑ si estos gastos son para una casa desocupada.

GASTOS	ALQUILERO HIPOTECA	IMPUESTOS	SEGURO	ELECTRICIDAD	GAS	QUEROSENO	CARBON	PETROLEO	LEÑA	AGUA/DESAG`UE	BASURA	TELEFONO	INSTALACION
CANTIDAD DE LA CUENTA	$	$	$	$	$	$	$	$	$	$	$	$	$
CONT QUE FRECUENCIA													
QUIEN PAGA LA CUENTA													

a. Las casas que tengan gasto de calefacción o de aire acondicionado O que hayan recibido asistencia con combustibles durante este año pasado pueden usar los verdaderos gastos de servicios o una contidad standard para estos gastos llamada la "Norma de Servicios." Marque (√) cuál de las cantidades le gustaria usar. ❑ Verdaderos gastos de servicios ❑ Norma de servicios Si se escoge Norma de Servicios, ¿le ayuda a pagar las cuentas de calefacción o aire acondicionado alguien que viva en su casa pero que no esté en su caso? Marque (√) ❑ SI ❑ NO
En caso afirmativo, explique_____

b. La casas que no tengan residencia permanente pueden usar verdaderos gastos de alojamiento o una cantidad standard para estos gastos llamada la "Norma de Alojamiento." Marque (√) cuál de las cantidades le gustaria usar. ❑ Verdaderos gastos de alojamiento ❑ Norma de alojamiento Si usted se aloja temporalmente en casa de otra persona, dé la fecha de su mudanza a esa casa.

E. ASSISTENCIA FINANCIERA Y MEDICA PARA NIÑOS

❑ SI ❑ NO 1. ¿Ha cambiado el padre/la madre ausente la cantidad de mantenimiento fianciera, cuidado fisico, o consejo regulamente proveidos a los niños? En caso afirmativo, explique. _____

❑ SI ❑ NO 2. ¿Se ha puesto incapacitado/a el padre/la madre legal de tal manera que no puede trabajar? En caso afirmativo, explique:_____ _____

❑ SI ❑ NO 3. ¿Tiene usted algunos nuevos datos que pudieran ayudar a encontrar al padre/a la madre ausente? En caso afirmativo, explique:_____ _____

F. SUBVENCIONES AUXILIARES

❑ SI ❑ NO 1. ¿Tiene usted bienes de casa o efectos personales con valor de más de $500? En caso afirmativo y si usted no comunicó esto articulos en la Sección de Recursos, ponga en lista aqui los articulos y su valor: _____

G. CAMBIOS ESPERADOS ESTE MES O EL MES QUE VIENE:_____

H. INSCRIPCION ELECTORAL (CUPONES DE COMIDA, TANF, MEDICAID, SOLAMENTE)

CONTESTE SOLO SI USTED SOLICITA CUPONES DE COMIDA, TANF, O MEDICAID. SI USTED NO RESPONDE, SE CONSIDERARA QUE USTED HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Marque (✓) uno de los siguienetes:

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

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

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

Su decisón de inscribirese o de negarse a inscribirse para votar no influirá en la asistencia o los servicios que le den esta agencia. Queda solicitar inscripción electoral. También quedarán confidenciales una decisión de solicitar inscripción electoral y la oficina donde se present puede usar solo por fines de inscripción. Si usted cree que alguien ha obstruido su derecho a inscribirse o a negarse o a negarse a inscribirse para vo decisión de inscribirse o de solicitar para inscribirse para votar, usted puede presentar una queja en la oficina del Secretary of the Virginia del Consejo de Elecciones de Virginia), Ninth Stree Office Building, 200 North Ninth Street, Richmond, VA 23219-3497; teléfono (804) 786

AGENCY USE ONLY ❑ Face-to-face interview not required. A voter registration form was mailed _____

POR MI FIRMA ABAJO, YO DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE TODO LO SIGUIENTE ES VERDAD:
Recibi el Folleto de Programas de Beneficios cuando por primera vez solicité o en esta reunión.

Entiendo:

- Todas mis responsabilidades dadas en el Folleto de Programas de Beneficios, incluso mi responsabilidad de comunicar a tiempo cambios requeridos.
- Si doy información falsa, incorrecta, o incompleta, o si no comunico a tiempo cambios requeridos, es posible que yo viole la ley y que me procesen.
- Si ayudé a alguien a llnear este formulario para que esa persona recibiera asistencia a que no tenga derecho, es posible que yo viole la ley y que me procesen.
- Si me niego a cooperar con cualquier análisis de mi elegibilidad, incluso análisis por la sección de Control de la Calidad, es possible que se me niegue la asistencia hasta que yo coopere.
- Si mi solicitud es por Cupones de Comida, el incumplimiento de comunicación o verificacion de mis gastos se verá como declaración por mi casa que no deseo recibir deducción por gastos no comunicados.

Toda la información en este fomulario es correcta y completa a mi leal entender y saber.

Com mi firma autoriza la divulgación a esta agencia de toda la informacón necesaria para determinar y analizar mi elegibilidad Y la divulgación de cualquier información médica o psicológica obtenida de cualquier fuente a la agencia estatal o local que repase esta solicitud por asistencia financiera o médica. Esta autorización es válida por un año de la fecha de mi firma abajo. Entiendo que este límite de tiempo no rige en casos de investigaciones sobre la posibilidad de fraude.

Yo mismo/a llené esta solicitud: ❑ SI ❑ NO En caso negativo, alguien me le leyó al completaria: ❑ SI ❑ NO

FIRMA DE USTED O FIRMA O SIGNO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO/A	FECHA	FIRMA O SIGNO DE ESPOSO/A (NO SE NECESITA PARA CUPONES DE COMIDA)	FECHA
TESTIGO/A AL SIGNO O INTERPRETE	FECHA	FIRMA DE TRABAJADOR/A	FECHA

Liene la casilla de abajo si otra persona llenó esta solicitud para el/la solicitante.

NOMBRE DE PERSONA QUE LLENA LA SOLICITUD	FECHA	DIRECCION
TELEFONO (EN CASA) (TRABAJO)		PARENTESCO A SOLICITANTE