

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) PARA AÑADIR
NUEVOS MIEMBROS CON ASISTENCIA**

Esta es una solicitud para añadir nuevos miembros en la unidad de asistencia del Programa TANF. Estos nuevos miembros se han unido a la unidad familiar desde que se realizó la última solicitud. Usted puede llevar esta solicitud o enviarla por correo a la oficina del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services).

A. Su información de contacto

Su nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Su dirección de residencia (incluya el número de apartamento) _____

Su dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia) _____

¿En qué ciudad o condado vive usted? _____

Número de teléfono principal _____

Ciudad, estado, código postal _____

Ciudad, estado, código postal _____

Dirección de correo electrónico _____

Número de teléfono alternativo _____

B. Información del nuevo miembro del hogar

Proporcione la siguiente información sobre los nuevos miembros del hogar que usted está informando por primera vez o para los nuevos miembros que usted ha informado verbalmente desde su solicitud original o su revisión de elegibilidad más reciente.

1.

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

Número de Seguro Social: _____

Género: Hombre Mujer

Estado civil: Casado/a Nunca ha estado casado/a
 Separado/a Divorciado/a Viudo/a

¿Esta persona es estudiante? Sí No
Si la respuesta es **sí**, nombre de la escuela _____

Nivel de estudios más altos completados _____

Relación con usted _____

Fecha de nacimiento
(mm-dd-aaaa) _____

Asistencia solicitada: Beneficios SNAP TANF
 Ninguno

Lugar de nacimiento: _____
(ciudad, estado, condado)

¿Esta persona es ciudadana de EE.UU? Sí No
— Si no es ciudadano de EE.UU, ¿cuál es su estatus?

Número de registro de extranjero _____

Fecha en que empezó a vivir en EE.UU.
(mm-dd-aaaa) ____/____/____

La siguiente información se proporciona de forma voluntaria y no afectará a su elegibilidad. Marque todas las respuestas pertinentes.

Etnia: Hispana/Latina No hispana/Latina

Herencia racial: Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca
 India americana/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca India americana/Nativo de Alaska y Blanca
 Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico India americana/Nativo de Alaska y Negra Otras/Desconocida

2.

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

Número de Seguro Social: _____

Género: Hombre Mujer

Estado civil: Casado/a Nunca ha estado casado/a
 Separado/a Divorciado/a Viudo/a

¿Esta persona es estudiante? Sí No
Si la respuesta es **sí**, nombre de la escuela _____

Nivel de estudios más altos completados: _____

Relación con usted _____

Fecha de nacimiento
(mm-dd-aaaa) _____

Asistencia solicitada: Beneficios SNAP TANF
 Ninguno

Lugar de nacimiento: _____
(ciudad, estado, condado)

¿Esta persona es ciudadana de EE.UU? Sí No
— Si no es ciudadano de EE.UU, ¿cuál es su estatus?

Número de registro de extranjero: _____

Fecha en que empezó a vivir en EE.UU.
(mm-dd-aaaa) ____/____/____

La siguiente información se proporciona de forma voluntaria y no afectará a su elegibilidad. Marque todas las respuestas pertinentes.

Etnia: Hispana/Latina No hispana/Latina

Herencia racial: Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca
 India americana/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca India americana/Nativo de Alaska y Blanca
 Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico India americana/Nativo de Alaska y Negra Otras/Desconocida

3.

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

Relación con usted _____

Fecha de nacimiento
(mm-dd-aaaa) _____

Número de Seguro Social: _____

Asistencia solicitada: Beneficios SNAP TANF
 Ninguno

Género: Hombre Mujer

Lugar de nacimiento: _____
(ciudad, estado, condado)

Estado civil: Casado/a Nunca ha estado casado/a
 Separado/a Divorciado/a Viudo/a

¿Esta persona es ciudadana de EE.UU.? Sí No
— Si no es ciudadano de EE.UU, ¿cuál es su estatus?

¿Esta persona es estudiante? Sí No
Si la respuesta es sí, nombre de la escuela _____

Número de registro de extranjero: _____

Nivel de estudios más altos completados: _____

Fecha en que empezó a vivir en EE.UU.
(mm-dd-aaaa) ____/____/____

La siguiente información se proporciona de forma voluntaria y no afectará a su elegibilidad. Marque todas las respuestas pertinentes.

Etnia: Hispana/Latina No hispana/Latina

Herencia racial: Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca
 India americana/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca India americana/Nativo de Alaska y Blanca
 Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico India americana/Nativo de Alaska y Negra Otras/Desconocida

Sí NO 3. ¿Algún miembro está infringiendo la libertad condicional o provisional o es fugitivo para evitar una prosecución o pena por un delito? Si la respuesta es SÍ, explique:

Sí NO 4. ¿Algún miembro ha sido condenado por un delito que sucediera después del 22 de agosto de 1996 por posesión, uso, o distribución de drogas? Si la respuesta es SÍ, explique:

Sí NO 5. ¿Alguno de sus hijos ha recibido inmunizaciones desde la aprobación de su solicitud original o desde su revisión más reciente? Si la respuesta es SÍ, explique:

Sí NO 6. ¿Usted o alguna persona por las que realiza la solicitud ha sido descalificado/a para recibir beneficios TANF, AFDC o SNAP? Si la respuesta es SÍ, explique:

7. Si aplica por niños, enumere los nombres y direcciones de los padres ausentes. _____

Con mi firma a continuación, declaro que el/los miembro/s del hogar para los que solicito beneficios TANF o SNAP, es/son ciudadano/s de EE.UU o extranjero/s con estatus de inmigración legal. Declaro bajo pena legal que toda la información de este formulario es correcta y completa a mi saber y entender. Entiendo que si existiera alguna reclamación de TANF o SNAP contra mi hogar, la información de esta solicitud, incluyendo todos los SSN, pueden ser enviados a agencias federales y estatales y a agencias de recopilación de reclamaciones privadas para las posibles acciones de recopilación de reclamaciones.

Su firma o la firma o marca del representante autorizado

Fecha

Marca del testigo o intérprete

Fecha