

Estado de Virginia
Departamento de Servicios Sociales
**SOLICITUD PROYECTO DE SOLICITUD
SIMPLIFICADA PARA ANCIANOS (ESAP)**

Devuelva su solicitud completa a
_____ Condado/Ciudad DSS

INFORMACIÓN GENERAL

Con esta solicitud, puede solicitar asistencia alimentaria si:

- Todos en el hogar tienen 60 años de edad o más, o
- Todos los miembros del hogar de 60 años o más compran y preparan alimentos por separado de los demás miembros del hogar, y
- Ningún miembro recibe ganancias del trabajo.

CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, un amigo o familiar, o su trabajador de elegibilidad puede ayudarlo. Si completa esta solicitud para otra persona, 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 la fecha junto al cambio. Si en su casa viven más de 2 personas y necesita más espacio para enumerar a todos, informe a la agencia que necesita páginas adicionales. Si tiene una discapacidad o dificultades con el inglés, puede recibir ayuda adicional para asegurarse de obtener la asistencia o los servicios para los que es elegible.

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Puede entregar una solicitud parcialmente completa que contenga al menos su nombre, dirección y firma (o la firma de su representante autorizado), **pero debe completar el resto de esta solicitud antes de que se pueda determinar su elegibilidad.** También se lo debe entrevistar, pero puede entregar su solicitud antes de la entrevista. Puede entregar su solicitud en cualquier momento durante el horario de oficina el mismo día en que se comunique con su agencia local. Tiene el derecho de entregar su solicitud, incluso si parece que no puede ser elegible para los beneficios.

VERIFICACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN

La información que usted proporciona en esta solicitud, incluidos los números de Seguro Social (SSN), puede compararse con los registros locales, estatales y federales. Estos registros incluyen:

- Comisión de Empleo de Virginia (VEC)
- Servicio de Impuestos Internos (IRS)
- Administración del Seguro Social (SSA)
- Departamento de Vehículos Motorizados (DMV)
- Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS)
- Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad IEVS)

Se investigará cualquier diferencia entre la información que proporcione y estos registros. La información de estos registros puede afectar su elegibilidad y el monto de los beneficios. La información puede utilizarse para:

- determinar la corrección, exactitud y veracidad de la solicitud;
- verificar su identidad y ciudadanía; comprobar los sueldos y salarios, beneficios de desempleo e ingresos no derivados del empleo, como los beneficios de Seguridad Social e Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI); verificar los trimestres de cobertura del Seguro Social para un extranjero o la situación de los extranjeros;
- evitar la recepción de prestaciones de más de un organismo de servicios sociales al mismo tiempo;
- realizar los cambios necesarios en el programa;
- permitir la divulgación para el examen oficial y a los funcionarios del cumplimiento de la ley para ayudar a detener a las personas que huyen de la ley; o
- colaborar en acciones de cobro de reclamos de SNAP.

Su información también se puede utilizar o divulgar para estudiar programas de beneficio público, como SNAP.

La información sobre su raza y origen étnico no es necesaria y no afectará su elegibilidad ni el monto de los beneficios. Esta información se solicita para asegurarse de que los beneficios del programa se proporcionan sin tener en cuenta la raza, el color u origen nacional.

SERVICIO ACELERADO PARA BENEFICIOS DE SNAP

Su hogar puede calificar para el Servicio acelerado y recibir los beneficios de SNAP dentro de los 7 días si es elegible. A fin de calificar para el Servicio Acelerado: 1) su ingreso mensual bruto debe ser inferior a \$150 y los recursos líquidos de \$100 o menos; 2) sus facturas mensuales de alojamiento deben ser más altas que el ingreso mensual bruto de su hogar más sus recursos líquidos; o 3) alguien en su hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional con pocos o ningún ingreso y recursos.

REQUISITOS DE INFORMES

Debe informar los cambios dentro de los 10 días, pero a más tardar el día 10 del mes posterior al cambio. Reportar estos cambios:

- Si tiene ganancias de lotería o apuestas de \$3,750 o más;
- Si tiene cambios en el número de personas en su hogar; o
- Si usted o un miembro de su hogar comienza a recibir dinero por trabajar.

RESPONSABILIDADES Y SANCIONES DE SNAP POR VIOLACIONES

Usted no debe hacer lo siguiente:

- proporcionar información falsa u ocultar información para obtener los beneficios de SNAP;
- comerciar o vender tarjetas EBT ni intentar comerciar o venderlas;
- utilizar los beneficios de SNAP para comprar artículos no alimentarios, como alcohol, tabaco o productos de papel;
- usar la tarjeta EBT de otra persona para su hogar;
- comprar un artículo y desechar el contenido con el fin de obtener el depósito de devolución por el envase;
- revender un producto comprado por dinero en efectivo o cambiar un producto comprado por una contraprestación distinta de los alimentos elegibles; o
- comprar alimentos a crédito.

Si infringe intencionalmente alguna de estas reglas, se le podría prohibir obtener beneficios de SNAP por 12 meses (1ª violación), 24 meses (2ª violación) o de forma permanente (3ª violación); multar con hasta \$250,000, encarcelar hasta 20 años, o ambos; y suspender por 18 meses adicionales y procesar en virtud de otras leyes estatales y federales.

Si intencionalmente brinda información falsa u oculta información sobre identidad o residencia para obtener beneficios de SNAP en más de una localidad al mismo tiempo, podría ser excluido por 10 años.

Si recibe una condena del tribunal por comerciar o vender beneficios de SNAP de \$500.00 o más, podría ser excluido de forma permanente.

Si recibe una condena en un tribunal por intercambiar beneficios de SNAP por una sustancia controlada, podría ser excluido por 24 meses por la 1ª violación y de forma permanente por la 2ª violación.

Si un tribunal lo condena por intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, se lo podría excluir de forma permanente por la primera violación.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

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

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o sanciones o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los EE. UU.)
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights (Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles)
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para cualquier otra información que tenga que ver con problemas del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) las personas deben comunicarse con el número de línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los números de información/línea directa del estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); se encuentra en línea en: 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 (HHS) de los Estados Unidos, escriba a: HHS Director (Director de HHS), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles), Room (Sala) 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 es un proveedor de igualdad de oportunidades.

INFORMACIÓN SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Hay información y servicios sobre violencia doméstica disponibles para cualquier persona que experimente violencia o abuso por parte de su pareja. Si está en peligro inmediato, llame al 911. Si desea hablar, enviar un mensaje de texto o chatear con alguien que entienda estos problemas o para obtener información sobre los servicios y las opciones de seguridad, comuníquese con la Línea Directa Estatal de Virginia.

- Llame y hable con un defensor sin cargo al 1-800-838-8238. (Nota: Hay intérpretes disponibles para más de 200 idiomas a través de la Línea de Idiomas).
- Comuníquese por mensajes de texto con un defensor al 804-793-9999.
- Chatee con un defensor en <https://www.vadata.org/chat/>. (El chat funciona mejor en una computadora o tableta).
- Llame y hable con un defensor - Línea de Ayuda LGBTQ: 1-866-356-6998

CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA DE REGISTRO DE VOTANTES DEL ESTADO DE VIRGINIA

**Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿desea solicitar el registro para votar aquí hoy?
(Marque solo una opción)**

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

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

Si se niega a registrarse para votar, este hecho permanecerá confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde se presentó su solicitud lo mantendrá en forma confidencial y solo se utilizará para fines de registro de votantes.

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

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, puede presentar una queja ante: Secretary of the Virginia State Board of Elections (Secretario de la Junta Electoral del Estado de Virginia), 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 Votantes completo: Sí No

Formulario de Registro de Votantes entregado al solicitante para su posterior envío por correo (a petición del solicitante) Sí No

Firma del Personal de la Agencia

Fecha:

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Su Información de Contacto

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

Su Dirección Residencial (incluya el número de apartamento)

Ciudad, Estado, Código Postal

Su Dirección Postal (si es diferente de su dirección residencial)

Ciudad, Estado, Código Postal

¿En qué ciudad o condado vive?

Dirección de Correo Electrónico

Número de Teléfono Principal

Número de Teléfono Alternativo

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <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"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Kurdo | <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 Primario de Correspondencia

Si desea recibir mensajes de texto o correo electrónico notificándole que puede acceder a algunos avisos sobre sus beneficios electrónicamente a través de CommonHelp (www.CommonHelp.Virginia.gov), seleccione una de las opciones a continuación. Consigne un número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija un método electrónico preferido de correspondencia, se utilizará para todos los programas del caso relacionado con la solicitud. Si no elige recibir notificación por mensaje de texto o correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del correo de los EE. UU. Si completa esta solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará toda la correspondencia por correo. El solicitante puede ponerse en contacto con el departamento local de servicios sociales para conocer cómo cambiar el método de correspondencia.

Mensaje de Texto **Correo Electrónico** **Número de Teléfono Celular** _____ **Dirección de Correo Electrónico** _____

- SÍ NO 1. ¿Usted o alguien para quien está solicitando alguna vez solicitó, recibió o recibe actualmente beneficios de SNAP de una agencia de servicios sociales? En caso afirmativo, ingrese la información a continuación.
 ¿Cuándo? _____ ¿De qué condado, ciudad o estado? _____
- SÍ NO 2. ¿Alguna vez a usted o alguien incluido en su solicitud lo condenaron por hacer declaraciones falsas o engañosas sobre su identidad o dirección por recibir SNAP en dos o más estados al mismo tiempo? Si la respuesta es **SÍ**, indique la fecha y el lugar de la condena. _____
- SÍ NO 3. ¿Alguna vez a usted o alguien incluido en su solicitud se lo descalificó para participar en SNAP? Si la respuesta es **SÍ**, indique la fecha y el lugar de todas las descalificaciones. _____
- SÍ NO 4. ¿Usted o alguien incluido en su solicitud violan la libertad bajo palabra o condicional, o son fugitivos para evitar el enjuiciamiento o castigo de un delito grave? Si la respuesta es **SÍ**, explique. _____
- SÍ NO 5. ¿Alguna vez usted o alguien incluido en su solicitud recibieron una condena por un delito grave como adulto después del 8 de febrero de 2014 por lo siguiente?:
- a. ¿Abuso sexual agravado según el Título 18 del Código de los Estados Unidos (USC), Sección 2241 o un delito estatal similar? SÍ NO
 - b. ¿Asesinato según el Título 18 del USC, Sección 1111 o un delito estatal similar? SÍ NO
 - c. ¿Un delito según el Título 18 del USC, Capítulo 110 (explotación sexual y otros abusos de niños) o un delito estatal similar? SÍ NO
 - d. ¿Un delito federal o estatal que involucre agresión sexual, como se define en la Sección 40002 (a) de la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994 (42 USC 13925 (a))? SÍ NO
- Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es **SÍ**, ¿quién? _____
 Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es **SÍ**, ¿cumple con los términos de la sentencia?
 SÍ NO

6. Un representante autorizado puede solicitar los beneficios de SNAP en su nombre, recibir y usar sus beneficios de SNAP en su nombre, o recibir copias de los avisos de su programa. Si desea nombrar a un representante autorizado, proporcione la información a continuación sobre el representante y lo que desea que el representante haga en su nombre. Tenga en cuenta que solo puede tener un representante que pueda acceder a sus beneficios.

Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Representante Autorizado	Marque (✓) cada función autorizada para esa persona
	<input type="checkbox"/> Solicitar los beneficios de SNAP
	<input type="checkbox"/> Recibir correspondencia
	<input type="checkbox"/> Acceder a los beneficios de SNAP o utilizarlos

B. COMPOSICIÓN DEL HOGAR: Esta sección incluye información sobre todas las personas que viven en su hogar, incluso si no solicita la asistencia para esa persona. Puede dejar el número de Seguro Social en blanco si no solicita asistencia para la persona. Primero indique sus propios datos.

1

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

Número de Seguro Social: _____

Género: Masculino Femenino

Programa(s) solicitado(s):

Ninguno SNAP

Usted

Relación con usted _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

¿Es ciudadano estadounidense? Sí No

Si la respuesta es No, estado migratorio: _____

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___

Número de Registro de Extranjero: _____

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que correspondan.

Origen Étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino

Herencia 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 Hawái u otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro Otro/Desconocido

2

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

Número de Seguro Social: _____

Género: Masculino Femenino

Programa(s) Solicitado(s):

Ninguno SNAP

Relación con el Solicitante _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

¿Esta persona es ciudadana estadounidense? Sí No

Si la respuesta es No, estado migratorio: _____

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___

Número de Registro de Extranjero: _____

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que correspondan.

Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Herencia 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 Hawái u otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro Otro/Desconocido

SÍ NO **¿Hay otras personas que viven en su casa? En caso afirmativo**

Nombre de la persona

Relación

¿Esta persona compra/come alimentos con usted?

SÍ NO

SÍ NO

SÍ NO

C. RECURSOS

1. ¿Usted o alguien que vive con usted tiene alguno de los siguientes recursos o bienes? En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación.

- | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dinero en efectivo \$ _____ | | Cuenta corriente, caja de ahorros | | Acciones o bonos | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 401K, 403B, etc | | Certificado de Depósito (CD) | | Fondos del mercado monetario | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cuenta Individual de Jubilación (IRA) | | Club navideño | | Otro _____ | |

— Si responde **Sí a alguno de los anteriores**, proporcione la siguiente información:

a.

Nombre del Propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Nombre del Copropietario (apellido, 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, nombre, inicial del segundo nombre)		Nombre del Copropietario (apellido, 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. ¿Alguna persona ha recibido o espera recibir ganancias de \$3,750 o más de lotería o juegos de azar? Si la respuesta es **SÍ**, explique:

SÍ **NO** 3. ¿Alguna persona ha vendido, transferido o regalado algún recurso en los últimos 3 meses (para SNAP) o en los últimos 3 años (para Subvenciones Auxiliares)? Si la respuesta es **SÍ**, explique:

D. INGRESOS

1. ¿Usted o alguien que solicita ESAP con usted recibe o espera recibir dinero por trabajar? En caso afirmativo,

Nombre de la persona	\$ Monto/ ¿Con qué frecuencia se recibe?	Empleador
----------------------	--	-----------

2. ¿Usted o alguien que solicita ESAP con usted recibe o espera recibir alguno de los siguientes? Responda **Si** o **No** a continuación y proporcione la información solicitada.

- | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seguridad Social, SSI | | Compensación del trabajador | | Alojamiento/alimentación o ingresos por alquiler | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beneficios de VA (Departamento de Asuntos de los Veteranos) | | Beneficios de desempleo | | Intereses, dividendos | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manutención de menores, pensión alimenticia | | Beneficios de pulmón negro | | Asistencia Pública (TANF/GR) | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ferrocarril u otra jubilación | | Liquidación de seguros | | Cualquier otro tipo de dinero | |

a.

Nombre de la Persona	\$ Importe	Tipo de Dinero o Ayuda	¿Con qué frecuencia se recibe?
----------------------	------------	------------------------	--------------------------------

b.

Nombre de la Persona	\$ Importe	Tipo de Dinero o Ayuda	¿Con qué frecuencia se recibe?
----------------------	------------	------------------------	--------------------------------

E. GASTOS

- SÍ NO 1. ¿Tiene alguno de los siguientes gastos de vivienda? En caso afirmativo, indique sus gastos actuales. Marque aquí si estos gastos son para una casa en la que no vive.

Gasto	Importe Facturado	¿Cuál es la frecuencia de facturación?	¿Quién es responsable de pagar la factura?
Alquiler/Hipoteca			
Impuestos/Seguros			
Electricidad			
Gas/Combustible/Queroseno/Carbón/Madera			
Agua/Alcantarillas/Residuos			
Teléfono			
Otro			

- SÍ NO 1a. ¿Tiene aire acondicionado en su casa? ¿Cómo calientas tu casa? _____
- SÍ NO 1b. ¿Recibió asistencia de energía/combustible durante este último año mientras vivía en su hogar actual?
- SÍ NO 2. ¿Usted o alguien en su hogar que tiene 60 años o más tiene algún gasto médico actual? Si la respuesta es SÍ, enumere los gastos. Esto puede incluir recetas, primas de seguro médico, transporte o pagos de visitas al médico.

Miembro del Hogar con Gasto Médico	Tipo de Gasto	Monto	Nombre del Doctor, Hospital, Farmacia

- SÍ NO 3. Además de las personas en su caso, ¿alguien paga directamente por usted, lo ayuda a pagar o le presta dinero para pagar el alquiler, los servicios públicos, las facturas médicas o cualquier otra factura? O ¿alguien le proporciona comida, refugio o ropa a usted o a otra persona de manera regular? En caso afirmativo, indique el nombre, la cantidad y explique: _____
- SÍ NO 3. ¿Paga alguien la manutención de niños legalmente obligada a alguien que no está en el hogar? En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona que paga, la persona que recibe el apoyo y la cantidad: _____

CON MI FIRMA A CONTINUACIÓN, DECLARO: He proporcionado información verdadera y correcta en esta solicitud a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa, retengo información o no informo un cambio de inmediato o a propósito, puedo estar infringiendo la ley y podría ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude de asistencia social.

Autorizo No permito que el Departamento de Servicios Sociales divulgue cierta información sobre mí a otras agencias estatales, incluida la información en bases de datos electrónicas, con el fin de determinar mi elegibilidad para los beneficios/servicios proporcionados por esa agencia. Esta divulgación facilitará que las agencias trabajen juntas de manera eficiente para brindar o coordinar servicios y beneficios. Las agencias incluyen, pero no se limitan a, el Departamento de Salud y el Departamento de Servicios para Personas Mayores y de Rehabilitación. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento notificando a mi trabajador de elegibilidad.

Firma del Solicitante o Representante Autorizado

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA		
Nombre del caso	Número de caso	Localidad
Fecha de recepción	Fecha de la entrevista: <input type="checkbox"/> En la oficina <input type="checkbox"/> Teléfono	
Entrevistador	Programa(s)	