Departamento para Niños y Familias de Kansas

Solicitud de Beneficios para Familias

Esta es su solicitud para los programas y servicios que ofrecemos. Responda todas las preguntas de la mejor manera posible. Si el inglés no es su idioma materno, se proporcionará un intérprete sin costo para usted. Usted está sujeto a multas graves por cualquier información falsa o engañosa que proporcione en esta solicitud.

Agency Use Only

Date Received: _____

Date Interviewed: _____

_____ Initial _____ Review

Worker: _____

Case Number(s): _____

Este formulario nos proporciona la información que necesitamos para decidir la elegibilidad para usted y su familia. Los programas y servicios que usted puede solicitar con este formulario son los siguientes:

Asistencia Alimentaria: La Asistencia Alimentaria son los beneficios electrónicos que usted puede utilizar para comprar comida. Si necesita ayuda para comprar alimentos complete todas las secciones donde usted vea el carro de compras. Usted podría ser elegible para recibir asistencia alimentaria dentro de un plazo de 7 días.

Asistencia en Efectivo: La asistencia en efectivo ayuda a las familias y mujeres embarazadas. Para solicitar dinero en efectivo, complete todas las secciones donde usted vea el signo de dólar.

Asistencia para Cuidado de Niños: El programa de subsidio para cuidado de niños proporciona los beneficios para ayudar a pagar los costos de cuidado de niños. Para solicitar cuidado de niños, complete todas las secciones donde usted vea el adulto y el niño.

Asistencia Médica: Los programas de asistencia médica proporcionan cobertura médica para las familias y las mujeres embarazadas. La cobertura médica puede ayudar a pagar las facturas médicas, las consultas al médico y los medicamentos. Para solicitar cobertura médica, complete todas las secciones donde usted vea el maletín del médico.

Siga Estos Pasos Para Presentar Su Solicitud

- Complete este formulario o ingrese en línea a www.dcf.ks.gov para realizar la solicitud. Si necesita ayuda o tiene preguntas llame al 1-888-369-4777.
- Lea las preguntas cuidadosamente, y responda honestamente. Si usted está presentando la solicitud para otra persona, por favor responda las preguntas por esa persona.
- Asegúrese de firmar y fechar este formulario. Su solicitud no está completa hasta que está firmada.
- Si usted no puede completar esta solicitud en este momento, proporcione su nombre, domicilio, y firma en la Página 1 y devuelva el formulario. Necesitamos toda la información para ver si usted puede obtener la ayuda que solicita.
- Devuelva este formulario tan pronto como sea posible. Si usted es elegible, algunos beneficios comienzan desde la fecha en que se recibe en nuestra oficina una solicitud firmada.
- Envíe este formulario por correo, por fax, o tráigalo a su oficina local del DCF. Puede demorar entre 30 y 45 días procesar su solicitud.
- Nos comunicaremos con usted si es necesaria una entrevista.
- En la última página de este formulario hay una lista de artículos que tal vez necesitemos. Por favor corte y conserve para sus registros.

Otros servicios: El DCF también ofrece los servicios listados más abajo. Si desea más información o presentar la solicitud, por favor marque la casilla apropiada.

☐ **Cumplimiento de Manutención de Niño** - Para hacer cumplir las órdenes de manutención de niño y para ayudar a asegurar que los niños tengan acceso a apoyo financiero y atención médica.

☐ **Rehabilitación Vocacional** - Para ayudar a las personas con discapacidades a conseguir empleo.

Devuelva este formulario a:

A. Ayúdenos a Decidir si Usted Puede Obtener Asistencia Alimentaria/Médica Más Rápido.

Si usted tiene poco o nada de dinero, nosotros podríamos obtener para usted asistencia alimentaria dentro de un plazo de 7 días. Si usted está embarazada, podemos obtener una tarjeta médica para usted dentro de un plazo de 10 días. Complete esta sección para ayudarnos a decidir si usted puede obtener los beneficios más rápido.

1. ¿Hay alguna mujer embarazada en su grupo familiar?

   ☐ No ☐ Sí If Sí, list name and due date: _____

2. ¿Será el ingreso bruto mensual del grupo familiar menor a $150?

   ☐ No ☐ Sí

3. ¿Tiene su grupo familiar menos de $100 en efectivo, cheques, y ahorros?

   ☐ No ☐ Sí

4. ¿Hay en su grupo familiar un inmigrante o trabajador agropecuario estacional?

   ☐ No ☐ Sí

5. Ingrese el monto actual de su renta/hipoteca ..... $_____

6. ¿Paga usted costos de calefacción o refrigeración? ☐ No ☐ Sí

   Si la respuesta es negativa, marque los siguientes servicios públicos que debe pagar usted e ingrese el monto total (si la respuesta es ninguno marque cero) ..... $_____

   ☐ Agua ☐ Cloacas ☐ Basura ☐ Teléfono

   ☐ Electricidad/Gas para cocinar o iluminar ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

7. Ingrese el ingreso bruto de su grupo familiar esperado para este mes ..... $_____

8. Ingrese el dinero total en efectivo, cheques y ahorros de su grupo familiar. $_____

Agency Use Only

Expedited FS?

☐ No ☐ Yes

Expedited Medical?

☐ No ☐ Yes

Agency Use Only

Rent/Mortgage $_____

SUA/Actual + $_____

TOTAL = $_____

Expected Income $_____

Cash/Check/ Savings + $_____

TOTAL = $_____

Are the household's shelter expenses more than the expected income and resources?

☐ No ☐ Yes

B. Servicios Especiales

Si ha sido victima de violencia doméstica o agresión sexual en los últimos 5 años, usted podría ser elegible para consideraciones y servicios especiales. Si desea saber acerca de los servicios disponibles y tener una entrevista confidencial, marque esta casilla: ☐

C. Cuéntenos Acerca de Usted y de las Personas en Su Hogar

¿Qué programa(s) está solicitando usted? Marque todas las que apliquen.

☐ Asistencia Alimentaria ☐ Asistencia para Cuidado de Niños ☐ Asistencia en Efectivo ☐ Asistencia Médica

Proporcione la siguiente información y firme esta sección de la solicitud.

Nombre: _____ **Firma:** _____

Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre

Apellido Domicilio:_____Ciudad: _____Condado: _____Código Postal: _____

Domicilio de Correo: _____Ciudad: _____Condado: _____Código Postal: _____

Teléfono Particular: _____Trabajo: _____Teléfono Celular: _____Correo Electrónico: _____

Está Usted: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a (Incluye Conviviente) ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Miembro de una Pareja No Casada

C. Cuéntenos Acerca de Usted y de las Personas en Su Hogar (continuación)

Usted debe contarnos acerca de todas las personas que viven en su hogar. Liste a todos los que viven con usted aún si no necesitaran asistencia. También liste a todas las personas que normalmente viven con usted, pero que están alejadas en este momento y regresarán pronto.

Deben proporcionarse los números del Seguro Social y condición de ciudadanía/migratoria de todas las personas para quienes usted está solicitando asistencia alimentaria y/o en efectivo. Si usted solicita asistencia alimentaria y/o en efectivo para un miembro del grupo familiar que no cumple con la condición de ciudadanía / migratoria esa persona no puede obtener los beneficios mientras que los miembros restantes del grupo familiar que SI cumplen los requisitos podrían calificar para los beneficios. Si usted elige solicitar asistencia alimentaria y/o en efectivo para personas determinadas en su grupo familiar, usted debe responder las preguntas acerca de los números del Seguro Social o condición de ciudadanía / migratoria. Sin embargo, se le podría exigir proporcionar información financiera de esas personas ya que quizás se deba decidir la elegibilidad y el monto de los beneficios de esas personas para quienes usted está realizando la solicitud.

Usted puede elegir no listar su raza o herencia étnica y esto no será utilizado en su contra. Solo solicitamos esta información para fines de informes Federales. Las respuestas no afectarán de ninguna manera la elegibilidad o los beneficios. Si solicita asistencia alimentaria solamente, no se requiere la identificación del sexo de los miembros del grupo familiar.

Información importante acerca de los números del Seguro Social – Se requiere un número de Seguro Social para cada persona para quienes se solicita asistencia alimentaria y/o en efectivo. Si usted no está solicitando asistencia alimentaria y/o en efectivo para determinada(s) persona(s) en su grupo familiar, no se requiere que proporcione un número de Seguro Social para esa persona. Por cada persona para quien está solicitando asistencia alimentaria y/o en efectivo, si usted, sin una buena causa, no proporciona ni solicita un número de Seguro Social esa persona no podrá obtener los beneficios.

Utilice las secciones de información adicional en la página 11 o 13 si hubiera más de 6 personas en su grupo familiar.

Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido	Relación con Usted	¿Está usted realizando la solicitud para esta persona?	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (opcional para cuidado de niños)	Raza/Grupo Étnico (opcional) **Utilice los códigos <u>más abajo</u>** Raza	Étnica	Ciudad y Estado de Nacimiento Condición de Ciudadanía (Liste el lugar de nacimiento y marque una casilla).
	Para Usted	☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F					Ciudad y Estado de Nacimiento ☐ Ciudadano ☐ No Ciudadano
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F					Ciudad y Estado de Nacimiento ☐ Ciudadano ☐ No Ciudadano
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F					Ciudad y Estado de Nacimiento ☐ Ciudadano ☐ No Ciudadano
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F					Ciudad y Estado de Nacimiento ☐ Ciudadano ☐ No Ciudadano
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F					Ciudad y Estado de Nacimiento ☐ Ciudadano ☐ No Ciudadano
		☐ No ☐ Sí	☐ M ☐ F					Ciudad y Estado de Nacimiento ☐ Ciudadano ☐ No Ciudadano

Códigos de Raza/Etnia: Los siguientes códigos son para los fines de informe federal y no afectarán sus beneficios.

Raza (elija todas las que apliquen): A = Indio Americano/Nativo de Alaska B = Negro/Afro Americano P = Nativo de Hawai /Isleño del Pacífico S = Asiático W = Blanco

Etnia (elija solo una): H = Hispano o Latino N = No Hispano/Latino

C. Cuéntenos Acerca de Usted y de las Personas en Su Hogar (continuación)

1. ¿Está alguien recibiendo, o ha recibido asistencia en efectivo, alimentaria, médica o de cuidado de niños, o productos tribales en este u otro estado? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, complete lo siguiente:

   Qué beneficios:: _____ Estado:_____Mes/Año: _____

2. ¿Hay alguna persona discapacitada en su hogar?

   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor liste el nombre y la discapacidad: _____

3. ¿Está algún miembro del grupo familiar viviendo fuera del hogar?

   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

   ¿Por qué están viviendo fuera del hogar? _____

   Fecha esperada de regreso: _____

4. ¿Recibe algún miembro del grupo familiar beneficios del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde? _____

5. ¿Está alguien en su grupo familiar escapando de una demanda por delitos graves o de la cárcel?

   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

6. ¿Está alguien en su grupo familiar violando la libertad condicional o libertad bajo palabra?

   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

Las siguientes preguntas son requeridas por ley federal para los fines del programa de asistencia alimentaria solamente. Si su respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, asegúrese de listar el/los nombre(s) de la(s) persona(s) involucrada(s).

7. ¿Ha sido alguien en su grupo familiar condenado por comercializar beneficios de asistencia alimentaria a cambio de drogas después del 22 de septiembre de 1996?

   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

8. ¿Ha sido alguien en su grupo familiar condenado por comprar o vender beneficios de asistencia alimentaria por más de $500 después del 22 de septiembre de 1996?

   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

9. ¿Ha sido alguien en su grupo familiar condenado por duplicar en forma fraudulenta beneficios de asistencia alimentaria en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996?

   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

10. ¿Ha sido alguien en su grupo familiar condenado por comercializar beneficios de asistencia alimentaria a cambio de armas, municiones, o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?

    ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): _____

D. Cuéntenos Cómo Desea que Nos Comuniquemos Con Usted

Nosotros proporcionamos servicios de intérprete y traducción. Complete esta sección para ayudarnos a cubrir sus necesidades. ¿Tiene alguien en su grupo familiar otro idioma materno que no sea inglés? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, escriba los nombres de los idiomas hablados y/o escritos preferidos más abajo. También incluya otras necesidades de comunicación tales como Braille, retransmisión, lenguaje de señas, Dispositivo de Telecomunicación para Sordos (TDD por sus siglas en inglés), Máquina de Escribir Telegráfica (TTY por sus siglas en inglés), texto con letras de imprenta grandes, Programa Sintetizador de Voz, etc.

Nombre	Idioma Hablado	Idioma Escrito	Otras Necesidades

E. ¿Desea Usted Elegir a Alguien Para Que Le Ayude a Obtener Sus Beneficios?

Usted puede nombrar a otra persona para ayudarle a obtener sus beneficios. Esta persona puede ayudarle a completar la solicitud, responder las preguntas por usted, y utilizar la tarjeta Vision por usted. Nosotros podremos compartir la información con esta persona. Esta persona será su representante autorizado. ¿Quiere usted que alguien le ayude? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, cuéntenos acerca de esta persona:

Su nombre _____

Su domicilio _____ Ciudad _____ Calle _____ Código Postal _____

Su número de teléfono _____

¿Quiere que la persona antes mencionada tenga acceso a sus beneficios? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué beneficios? ☐ asistencia alimentaria ☐ en efectivo ☐ cuidado de niños

Si la respuesta es negativa, ¿quiere elegir a otra persona para que tenga acceso a sus beneficios? Esta persona debe ser su representante autorizado y puede tener acceso a sus beneficios: Nosotros podremos también compartir la información con esta persona. ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, cuéntenos acerca de esta persona:

Su nombre _____

Su domicilio _____ Ciudad _____ Calle _____ Código Postal _____

Su número de teléfono _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles beneficios? ☐ asistencia alimentaria ☐ en efectivo ☐ cuidado de niños

F. Quién Come con Usted

Los grupos familiares de asistencia alimentaria están basados en personas que viven juntas y que compran y cocinan alimentos juntas.

¿Compra y cocina alimentos (o lo hará después de la aprobación) en forma separada de otras personas en su hogar?

Si la respuesta es afirmativa, por favor liste sus nombres y la relación con usted: _____

G. Cuéntenos Acerca de Estudiantes en Su Hogar

Existen reglas especiales que aplican a estudiantes. Complete esta información para ayudarnos a decidir si estas reglas aplican a su grupo familiar. ¿Está alguna de las personas en su hogar en la escuela secundaria, universidad, o escuela vocacional-técnica? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, complete lo siguiente:

Nombre del Estudiante	Grado	Nombre de la Escuela	MT – Medio Tiempo o TC – Tiempo Completo

H. Cuéntenos Acerca de los Padres de Cada Niño en Su Hogar

Debemos saber cómo están relacionadas las personas en su grupo familiar. Liste el nombre de cada niño, y los nombres de ambos padres, aún si los padres no vivieran juntos. Para los niños no nacidos, escriba “no nacido”. Si usted necesita más espacio, utilice la página 11 o 13.

Nombre del Niño / Niño no Nacido	Nombre de la Madre	Nombre del Padre	¿Estaba la madre casada con el padre cuando el niño nació?
1.			☐ No ☐ Sí
2.			☐ No ☐ Sí
3.			☐ No ☐ Sí
4.			☐ No ☐ Sí

I. Cuéntenos Acerca de Padres que No Vivan en el Hogar

Para recibir asistencia en efectivo o de cuidado de niños, usted debe cooperar con Servicios de Manutención de Niño (CSS). **Si esto podría poner a usted o a su(s) niño(s) en peligro de abuso, o usted tiene otras buenas razones por las cuales no puede cooperar, por favor infórmenos.**

¿Hay algún niño en su grupo familiar que tenga un padre que no vive en el hogar? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, liste el nombre o número de cada niño (consulte la Sección H en la página 4) y complete la información del padre que no vive en el hogar en las columnas más abajo si lo conociera. Si usted necesita más espacio, utilice la página 11 o 13.

	Nombre / Número del Niño	Nombre / Número del Niño	Nombre / Número del Niño	Nombre / Número del Niño
Proporcione la información siguiente del **padre que no vive en el hogar.**				
	Liste la Información del Padre Debajo del Nombre del Niño.			
Nombre del Padre				
Fecha de Nacimiento				
Domicilio				
Teléfono				
Número del Seguro Social (SSN)				
Nombre del Empleador				
Domicilio del Empleador				
Teléfono del Empleador				
Razón por la cual No está en el Hogar				
Fecha de la Última Comunicación				
Si está divorciado, el número de caso y tribunal donde fue presentado				
¿Ayudará usted a que el CSE inicie/haga cumplir la orden de manutención para cada niño?	☐ No – Cuéntenos por qué más abajo ☐ Sí	☐ No – Cuéntenos por qué más abajo ☐ Sí	☐ No – Cuéntenos por qué más abajo ☐ Sí	☐ No – Cuéntenos por qué más abajo ☐ Sí
	Si usted respondió no a la última pregunta, cuéntenos por qué: _____			

Para Uso de la Agencia Solamente

J. Cuéntenos Acerca de Sus Recursos

Nosotros necesitamos saber acerca de sus recursos para decidir si usted puede recibir beneficios. ¿Alguien en su grupo familiar tiene un fondo fideicomisario? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, nosotros podríamos comunicarnos con usted para más información.

Por favor complete el resto de esta sección si quiere asistencia alimentaria o en efectivo. Si solo quiere asistencia médica, vaya a la Sección K, Ingresos Ganados, más abajo.

¿Posee o tiene alguien en su grupo familiar algún recurso a su nombre? Por ejemplo: efectivo/cuentas corrientes / de ahorros /de cooperativas de crédito, certificados de depósito (CD's por sus siglas en inglés), bonos, acciones, Cuentas Individuales de Retiro (IRA's por sus siglas en inglés), propiedades, o cualquier otro recurso? ☐ No ☐ Sí
Si la respuesta es afirmativa, complete la información siguiente: Si es necesario, utilice la página 11 o 13 para listar más información.

Tipo de Recurso	Nombre(s) en los Recursos	¿Donde está Guardado el Recurso? (Nombre del Banco, Cooperativa de Crédito o Compañía)	Monto o Valor

K. Cuéntenos Acerca de Sus Ingresos Ganados

Debemos saber acerca de todos los ingresos de empleos, trabajo autónomo, contrato de trabajo, etc. ¿Trabaja alguien en su grupo familia en forma autónoma o tiene un empleo? ☐ No ☐ Sí
Si la respuesta es afirmativa, complete la información más abajo para todos los empleos. Empleo autónomo incluye las ganancias de trabajos eventuales, cuidado de niños, corte de césped, retiro de nieve, venta de cosméticos, etc. Si es necesario, utilice la página 11 o 13 para listar más información.

Nombre	Nombre, Teléfono y Domicilio del Empleador (si es empleado autónomo, liste el tipo de negocio)	Salario o Salario por Hora	Propinas o Comisiones	Horas Trabajada por Semana	¿Con qué frecuencia se le paga?	¿Día de la Semana en el cual recibe el Pago?

¿Alguien en su grupo familiar ha perdido o abandonado un empleo en los últimos 60 días? ☐ No ☐ Sí
Último pago: $_____Fecha _____
Nombre(s) _____ Empleador _____
Último(s) Día(s) de Trabajo: _____ Motivo(s): _____

L. Cuéntenos Acerca de Sus Otros Ingresos

Nosotros también debemos saber acerca de todos los otros ingresos en su grupo familiar para decidir si usted puede recibir beneficios.

¿Recibe alguien en su grupo familiar, incluyendo los niños, otros ingresos, tales como manutención de niño, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), Administración de Veteranos (VA), Compensación de trabajadores, beneficios por desempleo, otra pensión/jubilación, dinero de otras personas, o cualquier otro ingreso? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa complete la información más abajo para todos los tipos de ingresos. Si es necesario, utilice la página 11 o 13 para listar más información.

Tipo/Fuente de Ingresos	Nombre de la Persona que Recibe Ingresos	Monto Recibido	Con Qué Frecuencia se Reciben

¿Ha solicitado alguien otros ingresos o beneficios? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es afirmativa, liste quién y qué ingresos o beneficios: _____

M. Cuéntenos si Usted Ha tenido Necesidades de Cuidado de Niños

Para ayudarnos a decidir si usted puede recibir beneficios de cuidado de niños, cuéntenos por qué necesita ayuda con los gastos (marque todas las que apliquen):

¿Trabajan todos los adultos en su hogar que están empleados por lo menos 20 horas por semana? ☐ No ☐ Sí

☐ Tengo un empleo.

☐ Voy a la escuela/capacitación

☐ Otros – Explique: _____

¿Necesita ayuda para encontrar cuidado de niños de calidad? ☐ No ☐ Sí

Por favor complete la información más abajo para cada niño que necesita cuidados. Utilice la página 11 o 13 si necesita cuidado para más de 4 niños.

Proporcione lo siguiente para cada niño	**Nombre del Niño**		**Nombre del Niño**		**Nombre del Niño**		**Nombre del Niño**	
	Liste la Información del Proveedor de Cuidado de Niños Abajo del Nombre de Cada Niño							
Nombre del Proveedor								
Domicilio								
Número de Teléfono								
Cronograma Laboral / Escolar del Padre **(cronograma diario laboral/escolar)**	**Día: AM/PM - AM/PM**		**Día: AM/PM - AM/PM**		**Día: AM/PM - AM/PM**		**Día: AM/PM - AM/PM**	
	Lun		**Lun**		**Lun**		**Lun**	
	Mar		**Mar**		**Mar**		**Mar**	
	Miér		**Miér**		**Miér**		**Miér**	
	Jue		**Jue**		**Jue**		**Jue**	
	Vie		**Vie**		**Vie**		**Vie**	
	Sáb		**Sáb**		**Sáb**		**Sáb**	
	Dom		**Dom**		**Dom**		**Dom**	
Cronograma Escolar del Niño **(cronograma escolar diario)**	**Día: AM/PM - AM/PM**		**Día: AM/PM - AM/PM**		**Día: AM/PM - AM/PM**		**Día: AM/PM - AM/PM**	
	Lun		**Lun**		**Lun**		**Lun**	
	Mar		**Mar**		**Mar**		**Mar**	
	Miér		**Miér**		**Miér**		**Miér**	
	Jue		**Jue**		**Jue**		**Jue**	
	Vie		**Vie**		**Vie**		**Vie**	
	Sáb		**Sáb**		**Sáb**		**Sáb**	
	Dom		**Dom**		**Dom**		**Dom**	
Nivel que cursa el Niño y Nombre de la Escuela/Headstart								

N. Cuéntenos Acerca de Sus Facturas Médicas y Seguro de Salud

Si usted está solicitando asistencia médica, complete esta sección para ayudarnos a decidir con qué gastos médicos podemos ayudarle.

1. ¿Tiene alguna de las personas para las cuales usted está presentando la solicitud facturas médicas impagas de los últimos tres meses?

   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el monto total: _____

2. ¿Quiere que sea determinada la elegibilidad para los últimos tres meses?

   ☐ No ☐ Sí

3. ¿Tiene alguna de las personas para las que usted está realizando la solicitud seguro de salud de algún tipo (además de Medicaid y/o HealthWave)?

   ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es afirmativa, complete el gráfico abajo y proporcione copias de la(s) tarjeta(s) de seguro (ambos lados).

Nombre del Seguro	Tenedor de la Póliza	Personas Cubiertas	Tipo de Cobertura	Fecha de Finalización	Número de Póliza y Grupo

4. Si el seguro de salud ha finalizado en los últimos seis meses para cualquiera de las personas para las cuales usted está presentando la solicitud, por favor explique porqué_____

O. Cuéntenos Acerca de los Gastos de Su Grupo Familiar

Para ayudarnos a decidir el monto correcto de beneficios de asistencia alimentaria, cuéntenos acerca de sus gastos de vivienda y otros.

Tipo de Gasto	Monto	¿Quién Paga?
¿Alquila usted su casa? ☐ No ☐ Sí Si alquila, liste el nombre, domicilio y número de teléfono del propietario. _____		
¿Posee usted o está comprando su vivienda? ¿Cuál es el monto mensual de su alquiler o pago de la casa? ..... ☐ No ☐ Sí		
Si está alquilando, ¿es esta una vivienda subsidiada, Sección 8, del Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD por sus siglas en inglés) u otro? ☐ No ☐ Sí	$	
Si la respuesta es afirmativa, cuéntenos el monto que usted está obligado a pagar todos los meses..	$	
¿Paga usted impuestos a la propiedad que no estén incluidos en el pago de la casa? ☐ No ☐ Sí	$	
¿Paga usted seguro de la propiedad que no está incluido en el pago de la casa? ☐ No ☐ Sí	$	
¿Paga usted cuidado de niños o personas que dependen de usted? ☐ No ☐ Sí	$	
¿Paga usted manutención de niño? ☐ No ☐ Sí Liste el monto pagado y el número de orden judicial para cada niño: _____	$	
Si usted tiene 60 años de edad o más, o está discapacitado, ¿tiene algún gasto médico? Incluya seguro de salud y Primas de Medicare. Utilice la página 11 o 13 para listar más información. ☐ No ☐ Sí	$	

Do you have any utility expenses? ☐ No ☐ Sí

¿Tiene usted gastos de calefacción o refrigeración? ☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es negativa, marque los siguientes servicios públicos por los cuales usted debe pagar:
☐ Agua ☐ Cloacas ☐ Basura ☐ Teléfono ☐ Electricidad/Gas para cocinar o iluminar ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

¿Usted o alguien en su residencia ha recibido Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos (LIEAP)? ☐ No ☐ Sí
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?: _____

¿Ayuda alguien a pagar algunos de los gastos antes mencionados del grupo familiar? ☐ No ☐ Sí
Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué gastos recibe ayuda? _____ Cuánto _____

Por Favor Lea esta Información Antes de Firmar Página 12

Derechos, Responsabilidades, y Penalizaciones

- He leído y comprendo mis derechos y responsabilidades listadas en la página recortable al final de este formulario.
- Comprendo las preguntas en este formulario de solicitud.
- Comprendo las penalizaciones por ocultar información (las penalizaciones se muestran en la página recortable al final de este formulario).
- Comprendo las penalizaciones por proporcionar información falsa (las penalizaciones se muestran en la página recortable al final de este formulario).

Condición de Ciudadanía

- La firma en este formulario significa que estoy de acuerdo en que todas las personas que viven en mi hogar y están solicitando asistencia son ciudadanos de los Estados Unidos o están en condición legal de inmigración. Comprendo que este requisito no aplica a las personas que solicitan Asistencia Médica de Emergencia (Programa SOBRA).

Cambios Que Usted Debe Informar

- Estoy de acuerdo en informar cambios tales como cambios en mi domicilio, cambios en los ingresos, cambios en el cuidado de niños, y cambios en las personas que viven en mi hogar.
- Comprendo que seré notificado acerca de los cambios que estoy obligado a informar.
- Le informaré al DCF de los cambios que pudieran afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios.

Nosotros Verificaremos la Información Que Usted Nos Proporcione

- Comprendo que ustedes verificarán la información que yo proporcione en este formulario de solicitud.
- Comprendo que ustedes pueden comunicarse con otras agencias tales como oficiales federales, estatales, o locales, empleadores, proveedores médicos, empresas, organizaciones financieras, y proveedores de cuidado de niños para verificar la información.
- Comprendo que ustedes utilizarán la información que verifiquen y que esto podría afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios.

Información Acerca de los Números de Seguro Social

- Comprendo que debo proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social para las personas en mi grupo familiar que están solicitando asistencia.
- Comprendo que los Departamento para Niños y Familias (DCF) y el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas del Cuidado de la Salud (KDHE - DHCF) utilizan los números de Seguro Social para operar. Los números son utilizados para comparaciones computarizadas con la Administración del Seguro Social, bancos, el Servicio de Impuestos Internos, y otras organizaciones y agencias.

Información Acerca de Cumplimiento de Manutención de Niños

- Estoy de acuerdo en ayudar a Servicios de Manutención de Niño (CSS por sus siglas en inglés) a tratar de obtener manutención para los niños en mi hogar. Ayudaré al CSS a establecer y hacer cumplir órdenes de manutención para los niños.
- Estoy de acuerdo en proporcionar al DCF toda la pensión alimentaria y la manutención de niño para cada persona en mi hogar que recibe asistencia en efectivo.
- Para asistencia médica, comprendo que esta norma sólo aplica a mí si tanto los adultos como los niños son encontrados elegibles para la asistencia.

Información Acerca de los Gastos de Asistencia Alimentaria

- Comprendo que debo informar y verificar los gastos de mi grupo familiar o no recibirá una deducción por ellos.

Información Acerca de la Cooperación del Programa de Trabajo

- Estoy de acuerdo en que todas las personas que solicitan y reciben asistencia en efectivo cooperarán con los requisitos de trabajo a menos que estén exentos.
- Estoy de acuerdo en que todas las personas que reciben asistencia alimentaria cooperarán con los requisitos de trabajo a menos que estén exentos.
- Comprendo que podríamos no recibir asistencia en efectivo si alguien no coopera.
- Comprendo que la persona que no coopera tal vez tampoco reciba asistencia alimentaria

Información Acerca de los Beneficios de Asistencia en Efectivo y Alimentaria

- Comprendo que no puedo utilizar los beneficios de asistencia en efectivo para comprar alcohol, tabaco o boletos de lotería.
- Comprendo que el tiempo límite para recibir los beneficios de asistencia en efectivo de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) es 48 meses.
- Comprendo que para recibir asistencia en efectivo TANF, todos los niños en el hogar con edades de 7 a 18 años deben estar inscriptos en la escuela, incluyendo la educación en casa que está registrada en el Departamento de Educación de Kansas. No habrá elegibilidad para todo el grupo familiar si un niño en el hogar no está inscripto en la escuela.
- Comprendo que no debo utilizar beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no alimenticios, tales como alcohol o cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito.

Información Acerca de la Cobertura de Asistencia Médica

- I Comprendo que el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE - DHCF) es responsable de administrar el programa de asistencia médica.

Recursos de Terceras Partes

- Comprendo que el Programa de Asistencia Médica de Kansas (Título XIX y Título XXI) sólo pagará los servicios no cubiertos por otro seguro u otras terceras partes.Soy responsable de utilizar e informar todos los recursos de terceras partes para todas las personas en mi hogar que reciben asistencia médica. Algunos ejemplos de recursos de terceras partes son la cobertura del seguro de salud, una sentencia de la corte, pagos de ayuda médica, un fideicomiso, o una curaduría. Estas fuentes podrían ser responsables legalmente de pagar algunos gastos médicos de una persona.
- Comprendo que ustedes podrían no pagar los servicios médicos si consideran que no se utilizó en primer lugar un recurso de tercera parte.
- Estoy de acuerdo en ayudarles a intentar conseguir todos los recursos de tercera parte. La Unidad de Subrogación Médica intenta conseguir otras partes para el pago de los servicios médicos.
- Ayudaré a esta unidad a perseguir todos los recursos de tercera parte.

Pagos y Manutención

- Si nos aprueban para la asistencia médica, aceptamos permitir que los pagos de servicios médicos vayan en forma directa a nuestros médicos y otros proveedores de atención médica.
- Si nos aprueban para asistencia médica, devolveremos al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE – DHCF) cualquier pago de ayuda médica que recibamos.

Cláusulas de Recuperación de Patrimonio – Lo siguiente NO aplica a los Programas de Ahorro Medicare.

- Si alguien recibe asistencia médica después de los 54 años de edad o mientras esté en una institución, comprendo que podría haber una demanda contra el patrimonio del receptor o el/la cónyuge para recuperar los gastos médicos realizados en su nombre.
- Comprendo que informarán a toda(s) nuestra(s) institución(es) financiera(s) y otras compañías de inversión acerca de su demanda pendiente sobre el patrimonio.

Derivación del Departamento de Salud

Otorgo mi permiso para que mi nombre y los nombres de aquellos en mi caso, nuestro domicilio, número de teléfono, y estado de elegibilidad sean proporcionados a los proveedores médicos y departamentos locales de salud de manera que ellos puedan proporcionarnos información acerca de los servicios que proporcionan. ☐ No ☐ Sí

Información Acerca del Programa Telefónico Lifeline

- Para asistencia en efectivo (Asistencia Temporal para Familias) y alimentaria, estoy de acuerdo en que el DCF pueda proporcionar mi nombre, domicilio y número de teléfono a las compañías telefónicas que participen en la comparación de datos de Lifeline. El Programa Lifeline proporciona servicio telefónico básico a una tarifa reducida.
- Comprendo que mi información es confidencial y sólo será utilizada por las compañías telefónicas participantes para verificar mi elegibilidad para la asistencia telefónica Lifeline.
- Comprendo que el programa Lifeline no es obligatorio y que deberé solicitar este servicio comunicándome con mi compañía telefónica local.
- Comprendo que no todas las compañías telefónicas participan en la comparación de datos de Lifeline con el DCF y que yo podría tener que proporcionar un comprobante de los ingresos de mi grupo familiar a mi compañía telefónica local para que pueda determinar mi elegibilidad para Lifeline.

Utilice este espacio para escribir información adicional.

Permiso para Divulgar Información y Firma

Mi firma en esta solicitud autoriza a empleadores, proveedores de cuidado de niños, proveedores de atención médica, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios, y otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar al Departamento para Niños y Familias (DCF) de Kansas y al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE – DHCF) cualquier información, incluyendo información confidencial y de salud, necesaria para establecer mi elegibilidad para beneficios o para administrar cualquier programa (incluyendo Cumplimiento de Manutención de Niño) para los cuales yo haya presentado una solicitud.

Autorizo al DCF y a KDHE - DHCF a compartir información médica para fines administrativos con otras agencias y contratistas.

Comprendo que toda la información proporcionada en esta solicitud y toda la información provista al personal de DCF o KDHE -DHCF en mi nombre está protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales.

Está divulgación es válida a partir de la fecha de firma electrónica establecida más abajo y permanecerá válida hasta ser revocada por escrito por parte del abajo firmante. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender. Comprendo que además de otras penalizaciones, es ilegal obtener, intentar obtener, o ayudar a que otra persona obtenga, por medio de una declaración o representación voluntariamente falsa, o por suplantación, connivencia, u otro dispositivo fraudulento, la asistencia a la cual ellos o yo no tengo/tenemos derecho, y esto constituirá el delito de robo, según lo definido por K. S. A. 2011 Sup. 21-5801, que podría ser una infracción de delito grave por más de 11 años de cárcel y multa de hasta $300,000.

Su firma	**Fecha**
La Firma de Su Cónyuge u otro adulto en su hogar (No Requerido)	Fecha
Firma del Primer Testigo (Si se utiliza “X”)	Fecha
Firma del Segundo Testigo (Si se utiliza “X”)	Fecha
Firma del Tutor/Guardián Nombrado por la Corte (si correspondiera)	Fecha
Firma del Representante Médico (si correspondiera)	Fecha

Información de Registración como Votante de Kansas

Esta sección no afectará la asistencia ni los servicios que usted puede recibir del DCF o KHDE-DHCF.

Usted puede registrarse como votante fácilmente utilizando este sitio Web. https://www.kdor.org/voterregistration/

O, el DCF puede ayudarle con su registración como votante. ¿Le gustaría nuestra ayuda para registrarse para votar?

☐ No ☐ Sí ☐ Ya estoy registrado donde vivo ahora.

Si usted no marca ninguno de los casilleros, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar en esta oportunidad. Esta decisión permanecerá confidencial y será utilizada sólo para los fines de registración como votante. Si usted tiene preguntas adicionales o necesita informar un problema, usted puede comunicarse con su oficial de elección del condado, Oficina del Secretario de Estado, o llamar al 1-800-262-VOTE (8683). Si usted se registra para votar, la información relacionada con la oficina donde fue presentada la solicitud permanecerá confidencial y sólo será utilizada para los fines de registración como votante.

Si usted considera que alguien ha afectado su derecho a registrarse o a declinar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si registrarse o para solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una demanda ante el Secretario de Estado de Kansas.

Utilice este espacio para escribir información adicional.

Departamento para Niños y Familias de Kansas
Solicitud de Beneficios para Familias
Derechos y Responsabilidades - Lea y Recorte para Sus Registros

Los tiempos de procesamiento para su solicitud son:

- dentro de un plazo de 30 días para asistencia de cuidado de niños y alimentaria;
- dentro de un plazo de 45 días de asistencia en efectivo y médica.

Si usted es elegible, los beneficios comenzarán en la fecha en que la solicitud firmada es recibida en la oficina del DCF: Usted podría obtener asistencia alimentaria dentro de un plazo de 7 días si usted califica. Nosotros le informaremos si usted califica para este procedimiento especial. La siguiente información aplica a todos los programas:

Sus Responsabilidades

Usted tiene la responsabilidad de:

- proporcionar toda la información necesaria para determinar su elegibilidad:
- informar los cambios según sea necesario – nosotros le diremos qué debe ser informado (algunos ejemplos incluyen embarazo, nacimiento de un bebé, alguna persona que abandona o que se muda a su casa, un nuevo empleo, cambio en los ingresos, nuevo domicilio, etc.);
- entregar los pagos de pensión alimentaria o de manutención de niño al DCF si usted recibe asistencia en efectivo, y cooperar con el Servicios de Manutención de Niño (CSS por sus siglas en inglés) si usted recibe asistencia en efectivo (TAF por sus siglas en inglés) o asistencia de cuidado de niños;
- pagar a su proveedor de cuidado de niños por los servicios,
- utilizar, e informar al DCF, cualquier recurso que pudiera ayudar a pagar los gastos médicos de su familia (algunos ejemplos incluyen pólizas de seguro, dinero ganado mediante juicios, o pagos de ayuda médica) (solamente asistencia médica);
- cooperar con el personal de Aseguramiento de la Calidad si su caso es revisado.
- buscar un empleo y participar en servicios relacionados con el empleo, comenzando a partir de la fecha en la que usted solicite la asistencia en efectivo.

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

- hacer que se le proporcione un intérprete en forma gratuita si el inglés no es su idioma materno;
- hacer que la información proporcionada al DCF sea mantenida en forma confidencial, a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas del DCF;
- retirar su solicitud en cualquier momento;
- Solicitar una audiencia justa dentro de un plazo de 30 días para asistencia en efectivo, de cuidado de niños y médica, o dentro de un plazo de 90 días para asistencia alimentaria si usted no está de acuerdo con la decisión. Para asistencia alimentaria, usted puede solicitar una audiencia justa en forma verbal o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del grupo familiar, o por un representante como ser un asesor legal, un pariente, un amigo u otro vocero.
- saber que si usted aplica para beneficios de asistencia alimentaria, su solicitud para asistencia alimentaria no puede ser denegada únicamente porque se le han denegado beneficios para otros programas.
- que sus beneficios sean determinados a partir de la fecha en la cual el DCF recibe la solicitud;
- consideraciones especiales y servicios confidenciales, si el buscar un nuevo empleo o tratar de obtener manutención de niño lo pone en riesgo de violencia doméstica o agresión sexual; y

De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o incapacidad. Bajo la Ley de Alimentos y Nutrición y las políticas de USDA, también está prohibida la discriminación en base a religión o preferencia política.

Para presentar una queja por discriminación, escriba al Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA por sus siglas en inglés), Director, Oficina de Adjudicaciones, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC, 20250-9410 o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas que tienen discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español).

El DCF tiene derecho a:

- **utilizar la información en esta solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social (SSN por siglas en inglés) de cada persona en su hogar, para decidir si su grupo familiar puede obtener beneficios. Nosotros verificaremos esta información mediante programas de comparación computarizada. Esta información también será utilizada para asegurar que usted esté recibiendo el monto correcto de beneficios. Solamente para asistencia para el cuidado de niños, el número de Seguro Social es voluntario;**
- **verificar la condición de extranjero de los miembros del grupo familiar del solicitante presentando información de la solicitud al Servicio de Aduanas e Inmigración de Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés). La información recibida puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios del grupo familiar.**
- **denegarle beneficios a su grupo familiar si usted no proporciona la información solicitada;**
- **divulgar la información en su solicitud a otras agencias federales y estatales para su análisis oficial, y a oficiales de policía para los fines de atrapar a personas que están huyendo de la ley.**
- **derivar la información en esta solicitud a agencias federales y estatales, al igual que a agencias de reclamos privados, para reclamos de cobros si surgen sobrepagos contra su grupo familiar;**
- **realizar una investigación completa de su elegibilidad incluyendo comunicarse con empleadores, proveedores de cuidado de niños, bancos, médicos, o visitando su hogar;**
- **denegar su solicitud o procesarlo a usted por fraude si usted a sabiendas proporciona información falsa para poder recibir asistencia; y**
- **proporcionar información al KDHE - DHCF para administrar asistencia médica.**

Penalizaciones

Las familias pueden perder beneficios por no cooperar con los siguientes programas de la agencia:

I. Programas de Trabajo – buscar trabajo, prepararse para un empleo, y conservar un empleo. (No aplica para cuidado de niños)

A. Para Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés), aplican las siguientes penalizaciones por no cooperar con programas de trabajo sin una buena causa:

<u>1ra Penalización</u>
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un mínimo de 3 meses.

<u>2da Penalización</u>
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un mínimo de 6 meses.

<u>3ra Penalización</u>
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF durante un mínimo de 1 año.

<u>4ta Penalización y subsiguientes</u>
Su familia perderá los beneficios de asistencia en efectivo TANF por un período de 10 años.

Para ser reincorporado al programa y volver a recibir su beneficio, se le requerirá cooperar en una actividad del programa de trabajo asignado durante 2 semanas consecutivas para la 1ra. penalización y durante 3 semanas consecutivas para la 2da. y la 3ra. penalización. Estas penalizaciones no se llevarán adelante si los niños en su familia se convierten en receptores adultos del efectivo.

B. Para Asistencia Alimentaria, se solicitará una penalización comparable a la antes descrita solamente contra la persona que no cooperó. El resto del grupo familiar con asistencia alimentaria podrá obtener los beneficios si son por lo demás elegibles. La elegibilidad será redeterminada al finalizar el período de penalización.

Penalizaciones (continuación)

II. Servicios de Manutención de Niño – establecer la paternidad de un niño y recolectar la manutención de niño. (No aplica para Asistencia Alimentaria) Para TANF y Cuidado de Niños, aplican las siguientes penalizaciones por no cooperar con Cumplimiento de Manutención de Niño sin una buena causa:

<u>1ra Penalización</u>
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF o cuidado de niños durante un mínimo de 3 meses.

<u>2da Penalización</u>
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF o cuidado de niños durante un mínimo de 6 meses.

<u>3ra Penalización</u>
Su familia no recibirá los beneficios de asistencia en efectivo TANF o cuidado de niños durante un mínimo de 1 año.

<u>4ta Penalización y subsiguientes</u>
Su familia perderá los beneficios de asistencia en efectivo TANF o cuidado de niños durante un período de 10 años.

Para que su asistencia en efectivo y/o cuidado de niños sea reabierta, usted debe solicitarlas nuevamente y la persona penalizada debe cooperar con el Servicios de Manutención de Niño.

III. Penalizaciones por Fraude

A. Asistencia Alimentaria – Cualquier miembro de su grupo familiar que intencionalmente infrinja las siguientes normas será descalificado según se especifica más abajo:

- **No mienta ni esconda información para obtener beneficios que su grupo familiar no debería obtener.**
- **No utilice, o tenga en su posesión, Tarjetas Visión que no sean suyas.**
- **No comercialice ni venda Tarjetas Visión.**

Si usted realiza declaraciones falsas o engañosas y es encontrado culpable de cualquier distorsión deliberada no podrá recibir beneficios de asistencia alimentaria.

- **durante 10 años si su distorsión deliberada fue acerca del lugar donde usted vive o de quien usted es para obtener beneficios duplicados;**
- **durante 1 año si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su primera violación al programa;**
- **durante 2 años si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su segunda violación al programa;**
- **nunca más si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su tercera violación al programa;**

Su elegibilidad de asistencia alimentaria también será suspendida durante 2 años o usted la perderá en forma permanente si es condenado por comprar o vender más $500 en valor de beneficios o si utiliza los beneficios, o los recibe, en una venta de sustancias controladas, armas de fuego, municiones o explosivos. En todos estos casos, el resto de su grupo familiar que recibe asistencia alimentaria puede recibir los beneficios si son elegibles de otra forma, y el resto del grupo familiar aún será responsable de cancelar el monto de cualquier sobrepago de beneficios que fuera recibido por la persona descalificada.

B. TANF y Cuidado de Niños - Si usted o cualquier miembro de su grupo familiar con TANF o Cuidado de Niños intencionalmente infringe cualquiera de las siguientes normas o es fuera hallado culpable de cometer fraude (civil, penal o administrativo), su familia será permanentemente no elegible para asistencia TANF y Cuidado de Niños. Un fraude permanente para fines TANF significa que usted no puede recibir Cuidado de Niños y un fraude permanente para fines de Cuidado de Niños significa que usted no puede recibir TANF.

- **No mienta, realice declaraciones engañosas, ni esconda información para obtener beneficios que su grupo familiar no debería obtener.**
- **No utilice, o tenga en su posesión, Tarjetas Visión que no sean suyas.**
- **No comercialice ni venda Tarjetas Visión.**

Entrevista

Para asistencia alimentaria y/o en efectivo, requerimos una entrevista como parte del proceso de solicitud. No se requiere una entrevista para asistencia médica o cuidado de niños, sin embargo usted puede solicitar una. Usted puede solicitar una entrevista telefónica. Si usted falta a la entrevista, es responsable de programar otra.

☐ Su entrevista ha sido programada en: ->

☐ La fecha y horario de su entrevista es – Fecha: _____ Hora: _____

☐ Por favor llame para realizar una cita para su entrevista: _____

☐ Otro: _____

Información Necesaria para Procesar Su Solicitud

Podríamos solicitarle que proporcione algunos o todos los artículos siguientes: Por favor esté preparado para proporcionar esta información.

- Comprobante de dónde vive usted.
- Comprobante de edad e identidad.
- Comprobante de ciudadanía para aquellas personas que desean recibir beneficios.
- Comprobante de condición de no-ciudadanía para aquellas personas que desean recibir beneficios.
- Facturas y recibos de cuidado de niños.
- Comprobante de manutención de niño y/o pensión alimentaria pagada o recibida.
- Comprobante de ingresos (talones de pago, declaraciones de ingresos, propiedad rentada/ contratos de ventas, pagos del Gobierno, Compensación de Trabajadores, pensiones, y otros).
- Si es empleado autónomo, proporcione los reintegros federales de impuestos a las ganancias, registros contables, registros de ventas y gastos.
- Seguro de vida y planes de sepelio y pólizas de seguro de salud.
- Recibo de alquiler/pago de vivienda (incluyendo seguro e impuestos a la propiedad).
- Comprobante de gastos médicos para personas ancianas o discapacitadas, tales como medicamentos, facturas del médico y facturas del hospital.
- Tarjetas de seguro de salud e información de primas.
- Estados de cuentas bancarias para cuentas corrientes, cuentas de ahorro, o acciones / bonos / fondos mutuos.
- Si cualquier persona en su hogar está embarazada, proporcione comprobante de embarazo con fecha esperada de parto.
- Otro: _____

Nosotros podemos ayudarle a obtener la verificación necesaria. Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para completar la solicitud llámenos al número gratuito 1-888-369-4777.