

**Departamento para Niños y Familias de Kansas**  
**Formulario de Revisión**

Label



*Strong Families Make a Strong Kansas*

**Para Uso de la Agencia Solamente**

Date Received: \_\_\_\_\_

Date Interviewed: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

FA     TANF     CC

Was the review received following the end of the review period?

No     Sí

If Sí, is the household eligible for expedited service?  No     Sí

Este formulario nos proporciona la información necesaria para decidir la continuación de elegibilidad de su familia. Si usted desea solicitar programas y servicios adicionales, deberá comunicarse con el centro de servicios para solicitar una solicitud por separado. 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.

**Aceptación de la Política de TANF de Prueba de Consumo de Drogas Basada en una Sospecha (SOLAMENTE TANF)**

A los solicitantes, receptores y beneficiarios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) se les exige una prueba de consumo de drogas basada en una sospecha en aquellos casos en que parece haber un uso ilegal de una sustancia controlada o de un análogo de una sustancia controlada. Comprendo que yo, u otros adultos en mi grupo familiar estoy/están obligado(s) a someterse a una prueba de droga si existe una sospecha de uso de sustancia ilegal.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Información del Grupo Familiar

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Domicilio de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Durante el Día: \_\_\_\_\_ Teléfono para Mensajes: \_\_\_\_\_

Liste todas las personas que viven con usted. Lístese usted primero. (Utilice una hoja adicional para listar más miembros del grupo familiar). (La condición de estudiante incluye escuela primaria, escuela secundaria, universidad o escuela vocacional-técnica).

Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido	Relación con Usted	¿Está usted presentando la solicitud para esta persona?	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social	Estudiante	Ciudadano de Estados Unidos
	Para usted	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

## Información del Grupo Familiar (continuación)

1. ¿Compra y cocina alimentos (o lo hará después de la aprobación) en forma separada de otras personas en su hogar? (Complete esta pregunta sólo si está solicitando nuevamente la Asistencia Alimentaria).  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor liste sus nombres y la relación con usted: \_\_\_\_\_
2. ¿Se ha mudado alguien a o fuera de su grupo familiar?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor liste el nombre y la fecha en la cual ellos ingresaron o abandonaron el grupo familiar: \_\_\_\_\_
3. Si alguien está embarazada, por favor liste el nombre y la fecha de parto (complete esta pregunta sólo si está solicitando nuevamente asistencia en efectivo): \_\_\_\_\_
4. ¿Hay alguna persona discapacitada en su hogar?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, por favor liste el nombre y la discapacidad: \_\_\_\_\_
5. ¿Recibe algún miembro del grupo familiar beneficios del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde? \_\_\_\_\_
6. ¿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): \_\_\_\_\_
7. ¿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 alimenticia 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).**

8. ¿Ha sido alguien en su grupo familiar condenado por comercializar beneficios de asistencia alimenticia a cambio de droga 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 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): \_\_\_\_\_
10. ¿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): \_\_\_\_\_
11. ¿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): \_\_\_\_\_
12. ¿Tiene alguien en su grupo familiar una condena por delito grave relacionado con drogas de fecha 22 de agosto de 1996 o posterior?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): \_\_\_\_\_

**La siguiente pregunta es requerida por ley estatal para los ines del programa de asistencia en efectivo de TANF solamente.**

13. ¿Tiene alguien en su grupo familiar una condena por delito grave relacionado con drogas de fecha 1 de Julio de 2013 o posterior?  No  Sí Si la respuesta es afirmativa, liste el/los nombre(s): \_\_\_\_\_

## Representante Autorizado

Usted puede nombrar a otra persona para ayudarle a obtener los 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 número de teléfono \_\_\_\_\_

Su address \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

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

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles beneficio  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 será su representante autorizado y puede tener acceso a sus beneficios: Nosotros podremos también compartir la información con esta persona

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

Su nombre \_\_\_\_\_ Su número de teléfono \_\_\_\_\_

Su address \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Quiere que la persona antes mencionada tenga acceso a sus beneficios

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles beneficio  asistencia alimentaria  en efectivo  cuidado de niños

## Información de Recursos

¿Posee o tiene alguien en su grupo familiar algún recurso a su nombre? Por ejemplo: ¿efectivo, caja de ahorro/cuenta corriente/cuenta de cooperativa 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 siguiente información:

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

¿Tiene alguien en su grupo familiar un vehículo (esto incluye automóviles, camionetas, motocicletas, botes, embarcaciones individuales, vehículos recreativos, vehículos todo terreno y otros?  No  Sí De ser así, complete a continuación. Si fuera necesario, utilice los espacios proporcionados para información adicional, o adjunte hojas adicionales.

	Vehículo N° 1	Vehículo N° 2	Vehículo N° 3	Vehículo N° 4
Año				
Marca				
Modelo				
Propietario				
Valor Estimado	\$	\$	\$	\$
Saldo Adeudado	\$	\$	\$	\$
¿Cuál es el uso principal de este vehículo? (escuela, trabajo, buscar empleo, médico, como vivienda, etc.)				

¿Tiene alguien en su grupo familiar un vehículo que sea utilizado para transporta a un miembro del grupo familiar con discapacidades físicas?  No  Sí De ser así, ¿cuál vehículo? \_\_\_\_\_

## Cuéntenos Acerca de los Padres que No Viven en el Hogar

Para obtener asistencia alimentaria, asistencia en efectivo de TANF o asistencia para cuidado de niños, usted debe cooperar con los Servicios de Manutención de Niño (CSS). **Si esto lo podría poner a usted o a su(s) niño(s) en riesgo de abuso, o si usted tiene otras buenas razones para no cooperar, por favor díganos.**

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

De ser así, complete la información para el padre que no vive en el hogar en las columnas abajo y proporcione el/los nombre(s) del/de los niño(s) de ese padre que residen en su hogar.

Proporcione la siguiente información para el <b>padre que no vive en el hogar.</b>	Padre que no tiene la custodia 1	Padre que no tiene la custodia 2	Padre que no tiene la custodia 3
Nombre			
Fecha de nacimiento			
Domicilio			
Teléfono			
Número del Seguro Social (SSN)			
Nombre del empleador			
Domicilio del empleador			
Motivo por el cual no está en el hogar			
Nombres de los niños de esta persona no custodia que viven en su hogar			
Las siguientes preguntas nos ayudan a decidir si ya ha sido establecida la paternidad. Paternidad significa establecer un padre legal. La paternidad es establecida si el niño nació durante un matrimonio (o dentro de un lapso de 300 días luego del divorcio) o si ambos padres firmaron un reconocimiento de paternidad (al momento del nacimiento en el certificado de nacimiento) o si existe una orden judicial que establece la paternidad.			
¿Está el nombre del padre en el certificado de nacimiento oficial? De ser así, ¿de qué niños?			
¿Estaba casado/a con alguien cuando nació el niño o 300 días antes del nacimiento? De ser así, liste el nombre de cada niño.			
¿Existe una paternidad, manutención de niño o sentencia de divorcio? De ser así, liste el número de caso y corte donde fue presentado.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Número de Caso _____ Corte _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Número de Caso _____ Corte _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Número de Caso _____ Corte _____
¿Ayudará usted a los Servicios de Manutención de Niño (CSS, por sus siglas en inglés) para que comiencen/hagan cumplir las órdenes de manutención para cada niño?	<input type="checkbox"/> No - a continuación cuéntenos por qué <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No - a continuación cuéntenos por qué <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No - a continuación cuéntenos por qué <input type="checkbox"/> Sí
	Si respondió no a la pregunta anterior, cuéntenos por qué: _____ _____ _____		
¿Hay alguien más que pueda ser el padre de algún(os) niño(s) que no haya listado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

## Información de Ingresos

¿Trabaja alguien en su grupo familiar como autónomo o en un empleo?  No  Sí

Complete la información más abajo para usted o cualquier persona en su grupo familiar que esté trabajando. Por favor adjunte los talones de pago de los últimos 30 días para cada empleo. Si usted es trabajador autónomo adjunte una copia de la declaración de impuestos del año pasado o una verificación de ingresos y gastos de los últimos 3 meses.

Nombre de la Persona Empleada	Nombre, Teléfono y Domicilio del Empleador (Si es empleado autónomo, liste el tipo de negocio)	Sueldo o Salario por Hora	Horas Trabajadas Semanalmente	¿Con que frecuencia le pagan?	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): \_\_\_\_\_

¿Recibe alguien en su grupo familiar, incluyendo los niños, otro ingreso?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, liste cualquier dinero que usted o cualquier miembro de su grupo familiar recibe (incluya manutención de niño, Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplementario (SSI), Administración de Veteranos (VA), jubilación del ferrocarril, otros beneficios de pensión jubilación, indemnización del trabajador, beneficios por desempleo, pagos tribales, derechos petroleros o minerales, ingresos por contrato de venta/alquiler, bonos, regalos en efectivo, dinero de parte de otras personas o cualquier otro ingreso):

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

¿Alguien ha solicitado otros ingresos o beneficios?  No  Sí

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

Utilice este espacio para escribir información adicional.

## Gastos del Grupo Familiar

Complete si usted o cualquier persona en su grupo familiar tiene alguno de estos gastos mensuales. Complete esta sección sólo si está solicitando nuevamente la asistencia alimentaria.

Tipo de Gasto	Monto Mensual
Alquiler/Hipoteca (haga un círculo en uno)	
Alquiler de Lote o Parcela	
Impuestos a la propiedad no incluidos en la hipoteca:	

Tipo de Gasto	Monto Mensual
Seguro del propietario no incluidos en el pago de la hipoteca	
Cuidado de Dependiente	
Otro	

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 debe pagar todos los meses: \$ \_\_\_\_\_

¿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?: \_\_\_\_\_

Si usted comparte el pago de estos gastos con alguien, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Paga alguien en su grupo familiar manutención de niño?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione comprobante de pago de los últimos 3 meses

Quién Paga Manutención de Niño	Monto Pagado	Número de Orden Judicial para Cada Niño

¿Espera usted algún cambio en los gastos o circunstancias de su grupo familiar?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique: \_\_\_\_\_

Si usted o un miembro de su grupo familiar tiene 60 años de edad o más o está discapacitado, ¿tiene usted gastos médicos personales mensuales pagados de su propio bolsillo que superen los \$35 por mes?  No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién tiene los gastos médicos y cuáles son? \_\_\_\_\_

## Necesidades de Cuidado de Niños

Para continuar recibiendo asistencia para el cuidado de niños, por favor proporcione la información solicitada más abajo para cada niño. Complete esta sección sólo si está solicitando nuevamente asistencia de cuidado de niños. Si necesita espacio adicional, utilice una hoja por separado y proporcione la misma información listada más abajo.

Proporcione lo siguiente para cada niño	Nombre del Niño	Nombre del Niño	Nombre del Niño	Nombre del Niño				
<b>Liste la Información del Proveedor de Cuidado de Niños Debajo del Nombre de Cada Niño</b>								
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								

**Este formulario no está completo sin una firma en la página 16.**



## Por Favor Lea esta Información Antes de Firmar la Página 16

### Derechos, responsabilidades y penalizaciones

- He leído y comprendo mis derechos y responsabilidades listados 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 acepto que todas las personas que viven en mi hogar y est solicitando asistencia son ciudadanos de los Estados Unidos o están en condición legal de inmigración.

### Cambios que 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 informa .
- Informaré al DCF acerca de cualquier cambio que pudiera 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 funcionarios federales, estatales, o locales, empleadores, proveedores médicos, empresas, organizaciones financieras, 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 tengo que proporcionar o solicitar un Número del Seguro Social para las personas en mi grupo familiar que están solicitando asistencia.
- Comprendo que el DCF utiliza los números de Seguro Social para funcionar. Los números son utilizados para comparaciones computarizadas con la Administración del Seguro Social, Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad, bancos, el Servicio de Impuestos Internos y otras organizaciones y agencias.
- La información recibida de estas agencias puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando el DCF encuentra discrepancias; esta información puede afectar la elegibilidad de su hogar y nivel de beneficios.

## Información acerca de los Servicios de Manutención de Niño

- Acepto ayudar a los Servicios de Manutención de Niños (CSS) a intentar conseguir manutención para los niños en mi hogar. Ayudaré al CSS a establecer y hacer cumplir las órdenes de manutención para los niños.
- Acepto proporcionar toda pensión alimentaria y/o manutención de niño al DCF para cada persona en mi hogar que reciba asistencia en efectivo TANF.

## Información Acerca de los Gastos de Asistencia Alimentaria

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

## Información Acerca de la Cooperación del Programa de Trabajo

- Estoy de acuerdo en que todas las personas que soliciten y obtengan asistencia en efectivo cooperen con los requisitos de trabajo a menos que estén exentas.
- Estoy de acuerdo en que todas las personas que reciben asistencia alimentaria cooperen con los requisitos de trabajo, a menos que estén exentas.
- Comprendo que no recibiremos asistencia en efectivo si alguien no coopera.
- Comprendo que la persona que no coopere tampoco recibirá asistencia alimentaria.

## Información Acerca de los Beneficios de Asistencia Alimentaria y en Efectivo

- Comprendo que mis beneficios de asistencia en efectivo de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) no pueden ser comerciados/usados en ninguna licorería, casino, casino de apuestas o establecimiento de juegos, joyería, salón de tatuajes, salón de masajes, salón de perforaciones en el cuerpo, spa, salón de manicura, tienda de lencería, tabaquería, tienda de cigarrillos de vapor, tiendas de adivinación o parapsicología, empresas de fianzas, sala de videojuegos, cine, pileta de natación, crucero, parque temático, instalación de carrera de perros o caballos, sitios de apuestas mutuas, o empresas de índole sexual o establecimiento minorista que proporcione entretenimiento orientado a adultos en los cuales los artistas se desnuden o actúen sin ropas para entretenimiento o en cualquier comercio o establecimiento minorista en donde no se permita el ingreso de menores de 18 años de edad.
- Comprendo que el límite de tiempo para recibir beneficios de asistencia en efectivo de TANF es de 24 meses.
- Comprendo que para recibir asistencia en efectivo de TANF, todos los niños en el hogar que tengan entre 7 y 18 años de edad deben estar inscritos en la escuela, incluyendo educación en el hogar registrada en el Departamento de Educación de Kansas. Todo el grupo familiar no será elegible si un niño en el hogar no está inscrito en la escuela.
- Comprendo que no puedo utilizar la asistencia en efectivo de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) para comprar artículos como alcohol, cigarrillos, productos de tabaco, boletos de lotería, boletos para conciertos, boletos para eventos deportivos profesionales o universitarios, o boletos para otros eventos de entretenimiento destinados al público en general o material adulto con orientación sexual.
- Comprendo que no debo utilizar beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no alimenticios ni para pagar saldos acreedores.
- Comprendo que no puedo utilizar mis beneficios de asistencia en efectivo de TANF en puntos de venta fuera del estado de Kansas.

## Información Acerca del Programa Telefónico Lifeline

- Para asistencia alimentaria y en efectivo de TANF, 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 Lifetime. El programa Lifeline proporciona servicio telefónico básico a una tarifa reducida.
- Comprendo que mi información es confidencial y solo será utilizada por las compañías telefónica 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 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 ellos determinen mi elegibilidad Lifeline.

## Información de Registración como Votante de Kansas

Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría presentar la solicitud para registrarse para votar aquí hoy?

No  Sí

Por Favor Tenga en Cuenta: El hecho de solicitar registrarse o negarse a registrarse como votante no afectará el monto de asistencia que le proporcione esta agencia.

Si no marca ninguno de los dos casilleros, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar en esta oportunidad.

Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de registro como votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar el formulario de solicitud en forma privada. Si usted elige hacerlo así, puede registrarse fácilmente como votante utilizando este sitio Web: <https://www.sos.ks.gov/forms/elections/Spanish/SpanishVoterReg.pdf>

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho para registrarse o para rechazar registrarse como votante, su derecho a la privacidad en la decisión de registrarse o de solicitar registrarse como votante, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja al Secretario de Estado de Kansas.

## Sus Responsabilidades

**Usted tiene una 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, 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 manutención de niño al DCF si usted recibe asistencia en efectivo, y cooperar con los Servicios de Manutención de Niño (CSS) si usted recibe asistencia en efectivo (TANF), asistencia para cuidado de niños o asistencia alimentaria;
- Pagar a su proveedor de cuidado de niños por los servicios;
- Cooperar con el personal de Aseguramiento de la Calidad si su caso es revisado;
- Cooperar con la investigación de fraude si recibe asistencia en metálico (TANF) o ayuda infantil; y
- 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.

## Derechos del DCF

**El DCF tiene derecho a:**

- Utilizar la información en esta solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social (SSN) de cada persona en su hogar, para determinar si su grupo familiar puede obtener beneficios. Nosotros verificaremos esta información mediante programas de comparación computarizada. Esta información también será utilizada para asegurarnos de que usted esté recibiendo el monto correcto de beneficios. Para la asistencia para cuidados de niños solamente, el SSN 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 el monto de beneficios del grupo familiar.
- Denegarles 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 arrestar 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.

## 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 a asistencia para cuidado de niños)**

**A. Para asistencia en efectivo de TANF, aplican las siguientes penalizaciones por no cooperar con los programas de trabajo sin una buena causa:**

**1ra. Penalización**

Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un mínimo de 3 meses.

**2da. Penalización**

Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un mínimo de 6 meses.

**3ra. Penalización**

Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un mínimo de 1 año.

**4ta. Penalización y subsiguientes**

Su familia perderá los beneficios de asistencia en efectivo de 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 de efectivo de TANF.

**B. Para asistencia alimentaria, se aplicará una penalización comparable a la antes descrita solo 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.**

**II. Servicios de Manutención de Niño - establecer la paternidad de un niño y recolectar la manutención de niño.**

**A. Para asistencia en efectivo de TANF y para cuidado de niños, aplican las siguientes penalizaciones por no cooperar con los programas de trabajo de los Servicios de Manutención de Niño sin una buena causa:**

**1ra. Penalización**

Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un mínimo de 3 meses.

**2da. Penalización**

Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un mínimo de 6 meses.

**3ra. Penalización**

Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un mínimo de 1 año.

**4ta. Penalización y subsiguientes**

Su familia perderá los beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un período de 10 años.

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

**B. Para la asistencia alimentaria, cualquier miembro adulto del grupo familiar que no coopere con los Servicios de Manutención de Niño sin una Buena causa no será elegible para recibir beneficios de asistencia alimentaria hasta que el DCF determine que el grupo familiar ha cooperado. El resto de su grupo familiar con asistencia alimentaria podrá obtener los beneficios, si son por lo demás elegibles.**

## Penalizaciones (continuación)

### III. Penalizaciones por Fraude

**A. Asistencia Alimentaria –** Cualquier miembro de su grupo familiar que infrinja cualquiera de las siguientes normas en forma intencional podrá ser excluido del programa de asistencia alimentaria durante un año o en forma permanente. Él/ella podrá ser multado/a por un monto de hasta \$250,000, encarcelado/a por hasta dos años, o ambos. La persona podría además ser acusada bajo otras leyes federales y estatales aplicables y podría también ser excluida del programa de asistencia alimentaria durante un período adicional de 18 meses, si la corte así lo ordena.

- No mienta ni oculte información para obtener beneficios que su grupo familiar no debería obtener.
- No utilice ni tenga en su posesión Tarjetas de Beneficios de Kansas que no sean suyas.
- No comercialice ni venda Tarjetas de Beneficios de Kansas.

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

- 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
- Durante 10 años si su distorsión deliberada fue acerca del lugar donde usted vive o de quién usted es para recibir beneficios duplicados
- En forma permanente 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 para asistencia alimentaria también será suspendida durante 2 años o usted la perderá en forma permanente si es condenado por comprar o vender por más de \$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. Comercializar beneficios de asistencia alimentaria incluye, pero no está limitado a:
  - comprar, vender, robar o intercambiar beneficios a cambio de dinero en efectivo;
  - intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos, o drogas ilícitas por beneficios;
  - comprar bebidas gaseosas, agua, u otros artículos en un envase para obtener el depósito en efectivo;
  - comprar un artículo con asistencia alimentaria y luego en forma intencional venderlo por dinero en efectivo; y
  - intercambiar dinero en efectivo por artículos que fueron pagados con beneficios de asistencia alimentaria.

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 devolver el monto de cualquier sobrepago de beneficios que fuera recibido por la persona descalificada.

**B. Asistencia en efectivo de TANF y para cuidado de niños:** Si usted o cualquier miembro adulto de su grupo familiar de TANF o para cuidado de niños rompe en forma intencional cualquiera de las siguientes normas o de otra manera se descubre que ha cometido fraude (civil, penal, o administrativo), ya sea en la asistencia TANF o para cuidado de niño, todas las personas adultas en su grupo familiar serán no elegibles en forma permanente para la asistencia en efectivo de TANF y para asistencia para cuidado de niños.

- No mienta, realice declaraciones engañosas, oculte información u omite informar cambios según lo requerido, para obtener beneficios que su grupo familiar no debería obtener.
- No utilice ni tenga en su posesión Tarjetas de Beneficios de Kansas que no sean suyas.
- No comercialice ni venda Tarjetas de Beneficios de Kansas.
- No utilice la asistencia en efectivo de TANF ni realice transacciones con su Tarjeta de Beneficios de Kansas en ninguna licorería, casino, casino de apuestas o establecimiento de juegos, joyería, salón de tatuajes, salón de masajes, salón de perforaciones en el cuerpo, spa, salón de manicura, tienda de lencería, tabaquería, tienda de cigarrillos de vapor, tiendas de adivinación o parapsicología, empresas de fianzas, sala de videojuegos, cine, pileta de natación, crucero, parque temático, instalación de carrera de perros o caballos, sitios de apuestas mutuas, o empresas de índole

## Penalizaciones (continuación)

sexual o establecimiento minorista que proporcione entretenimiento orientado a adultos en los cuales los artistas se desnuden o actúen sin ropas para entretenimiento o en cualquier comercio o establecimiento minorista en donde no se permita el ingreso de menores de 18 años de edad.

- No utilice sus beneficios de asistencia en efectivo TANF para comprar alcohol, cigarrillos, productos de tabaco, boletos de lotería, boletos de conciertos, boletos para eventos deportivos profesionales o universitario, o boletos para otros eventos de entretenimiento destinados al público en general o material adulto con orientación sexual.
- No utilice su asistencia en efectivo TANF para compras en puntos de venta fuera del Estado de Kansas.

El resto de su grupo familiar que recibe TANF o asistencia para el cuidado de niños puede recibir los beneficios si son por lo demás elegibles. Los adultos del grupo familiar aún serán responsables de devolver el monto de cualquier sobrepago de beneficios que haya sido recibido por la persona descalificada. Se debe asignar un receptor protector de fondos para que acceda a sus beneficios TANF. Ni usted ni ningún miembro de su grupo familiar podrán acceder a sus beneficios TANF.

### IV. Delito Grave Relacionado con Drogas

En un grupo familiar que reciba asistencia en efectivo de TANF, cualquier persona que sea condenada por una infracción de delito grave estatal o federal que haya ocurrido en o después del 1° de Julio de 2013, y que incluya como elemento de dicha infracción la fabricación, cultivo, distribución, posesión o utilización de una sustancia controlada o análogo de una sustancia controlada no será elegible para recibir asistencia en efectivo de TANF durante cinco años a partir de la condena por la primera infracción. Una segunda condena por delito grave relacionado con drogas hará que esa persona no sea elegible para recibir asistencia en efectivo de TANF durante el resto de su vida.

En un grupo familiar que reciba asistencia alimentaria, cualquier persona que sea condenada por una infracción de delito grave que haya ocurrido en o después del 1° de Julio de 2015, y que incluya como elemento de dicha infracción la fabricación, cultivo, distribución, posesión o utilización de una sustancia controlada o análogo de una sustancia controlada no será elegible para recibir beneficios de asistencia alimentaria hasta que la persona participe en un programa aprobado de tratamiento de drogas y se someta y apruebe un plan aprobado de exámenes de detección de drogas. Una segunda condena por delito grave relacionado con drogas hará que esa persona no sea elegible para recibir asistencia alimentaria durante el resto de su vida.

El resto de su grupo familiar que recibe asistencia alimentaria o asistencia en efectivo de TANF puede recibir los beneficios si son por lo demás elegibles.

## Pruebas de Consumo de Drogas basada en una Sospecha

Kansas exige que cualquier adulto que solicite o reciba asistencia TANF y cumpla con los criterios basados en una sospecha se someta a una prueba obligatoria de drogas. El hecho de no realizarse la prueba resulta en los siguientes períodos de falta de elegibilidad para la persona:

- |                   |  |
|-------------------|--|
| <u>1ra. falta</u> | 6 meses, y debe someterse a una prueba de drogas antes de recuperar la elegibilidad  |
| <u>2da. falta</u> | 12 meses, y debe someterse a una prueba de drogas antes de recuperar la elegibilidad |
| <u>3ra. falta</u> | Falta de elegibilidad de por vida para TANF  |

Una prueba positiva produce los siguientes períodos de falta de elegibilidad para la persona:

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <u>1ra. prueba positiva</u> | Hasta completar con éxito el tratamiento de abuso de sustancias y capacitación de habilidades para recuperar la elegibilidad          |
| <u>2da. prueba positiva</u> | 12 meses, y completar con éxito el tratamiento de abuso de sustancias y la capacitación de habilidades para recuperar la elegibilidad |
| <u>3ra. prueba positiva</u> | Falta de elegibilidad de por vida para TANF   |

## Sus Derechos

### Usted tiene derecho a:

- Que se le proporcione un intérprete en forma gratuita si el Inglés no es su idioma materno
- Que la información proporcionada al DCF sea mantenida en forma confidencial, a menos que est directamente relacionada con la administración del DCF
- Retirar su solicitud en cualquier momento
- Solicitar una audiencia justa dentro de un plazo de 30 días para asistencia en efectivo o para el cuidado de niños, 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 oral o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del grupo familiar, o por un representante como por ejemplo 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 programa
- Que sus beneficios sean determinados a partir de la fecha en la cual el DCF recibe esta solicitud
- Tener consideraciones especiales y servicios confidenciales, si l buscar un nuevo empleo o tratar de obtener manutención de niño lo pone en riesgo de violencia doméstica o agresión sexual

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

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

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## 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 cualquier información, incluso información confidencial y de salud, necesaria para establecer mi elegibilidad para beneficios o para administrar cualquier programa (incluso Servicios de Manutención de Niño) para los cuales yo haya realizado una solicitud.**

Autorizo al DCF 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 proporcionada al personal del DCF en mi nombre está protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad.

Esta 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, incluso la información relacionada con mi condición de ciudadanía y ciudadano extranjero. 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 las Leyes Vigentes de Kansas (K.S.A., por sus siglas en inglés). 21-5801 y enmiendas, que podría ser una infracción de delito grave castigada con tiempo en prisión, una multa o ambos y que el delincuente podría además ser acusado bajo otras leyes federales y estatales aplicables.**

\_\_\_\_\_  
Su Firma (requerida)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
La Firma de Su Cónyuge u otro Adulto en su Hogar (No es requerida)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Primer Testigo (necesaria si se utiliza "X")

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Segundo Testigo (necesaria si se utiliza "X")

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor/Guardián Nombrado por la Corte (si correspondiera)

\_\_\_\_\_  
Fecha