Departamento de Menores y Familias de Kansas
Solicitud de Beneficios

ES-3100
Rev. 05-20

Ésta es su solicitud para los programas y servicios ofrecidos por medio del Departamento de Menores y Familias (DCF, en inglés). Responda todas las preguntas lo mejor que pueda. Si el inglés no es su idioma principal, se le proporcionará un intérprete sin costo alguno. Si proporciona cualquier información falsa o engañosa en esta solicitud, usted estará sujeto a sanciones severas.

Para uso exclusivo de la Agencia

Fecha de recibo: _____

Fecha de la entrevista: _____

_____ Iniciales _____ Revisión

Quién entrevistó: _____

Número(s) de caso: _____

¡ALTO! ¿Prefiere hacer la solicitud en línea? Haga su solicitud más rápido en línea, en www.dcf.ks.gov

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

Asistencia Alimentaria: La Asistencia Alimentaria es un beneficio electrónico que se puede utilizar para comprar alimentos. Si necesita ayuda para comprar alimentos, llene todas las secciones donde vea el símbolo del plato, el tenedor y el cuchillo. Puede tener derecho a recibir asistencia alimentaria en un plazo de 7 días.

Ayuda Económica TANF: La ayuda económica apoya a las familias y a mujeres embarazadas. Para solicitar ayuda económica, llene todas las secciones donde vea el símbolo de la mano que sostiene el dinero.

Asistencia para Guardería: El programa de subsidio para guardería ofrece beneficios para ayudar a pagar los costos por el cuidado de menores. Para solicitar una guardería, llene todas las secciones en las que vea el símbolo del bebé.

Siga estos pasos para hacer su solicitud

- Llene este formulario para hacer su solicitud. Si requiere ayuda o tiene preguntas, llame al 888-369-4777.
- Lea las preguntas con cuidado y responda honestamente. Si está haciendo la solicitud para otra persona, por favor responda las preguntas con respecto esa persona.
- Firme el formulario y ponga la fecha. Su solicitud no estará completa a menos que esté firmada.
- **Si no puede llenar la solicitud ahora, proporcione su nombre, domicilio y firma en la página 3 y devuelva el formulario. Toda la información debe estar completa para que su solicitud pueda ser procesada.**
- **Devuelva este formulario lo antes posible. Si usted es elegible, algunos de los beneficios comienzan a partir de la fecha en que se recibe la solicitud firmada en nuestra oficina.**
- Envíe este formulario por correo, fax o entréguelo en su oficina local del DCF. Pueden transcurrir de 30 a 45 días antes de que su solicitud sea procesada.
- Lo contactaremos en caso de que se requiera una entrevista.
- En la última página de este formulario hay una lista de aquello que podemos necesitar de usted. Por favor despréndala y consérvela como referencia.

Otros servicios: El DCF también proporciona los siguientes servicios. Si desea más información o hacer su solicitud, por favor marque la casilla correspondiente.

☐ **Servicios de Manutención Infantil**: para hacer cumplir órdenes de manutención infantil y para ayudar a que los menores tengan acceso a ayuda financiera y a atención médica.

☐ **Rehabilitación Vocacional**: para ayudar a las personas con discapacidades a conseguir un empleo.

Devuelva este formulario a:

A. Ayúdenos a determinar si puede obtener asistencia alimentaria más rápidamente

Si tiene poco o nada de dinero, podemos conseguirle ayuda alimentaria en un plazo de 7 días. Llene esta sección para ayudarnos a determinar si puede obtener los beneficios más rápidamente.

1. Los ingresos brutos de su hogar (antes de deducir los impuestos) del mes serán menores de 150 dólares?
   ☐ Sí ☐ No
2. ¿Su hogar cuenta con menos de 100 dólares en efectivo, cheques y ahorros?
   ☐ Sí ☐ No
3. ¿Alguien de su hogar es trabajador agrícola migratorio o estacional?
   ☐ Sí ☐ No
4. Anote el monto actual de la mensualidad de su renta/hipoteca ..... $_____
5. ¿Paga gastos de calefacción o refrigeración? ☐ Sí ☐ No

   Si no, marque los siguientes servicios públicos que usted es responsable de pagar y anote el monto total (si no paga ninguno, anote cero)..... $_____

   ☐ Agua ☐ Alcantarillado ☐ Recolección de basura ☐ Teléfono

   Electricidad/gas para cocinar o iluminación ☐ Otros _____ ☐ Ninguno
6. Anote los ingresos brutos (antes de deducir los impuestos) esperados para este mes en su hogar ..... $_____
7. Anote todo el dinero en efectivo que hay en su hogar, cheques y ahorros..... $_____

Para uso exclusivo de la Agencia

¿Asistencia alimentaria expedita?

☐ Sí ☐ No

Para uso exclusivo de la Agencia

Renta/Hipoteca $_____

SUA/Real + $_____

TOTAL = $_____

Ingresos esperados $_____

Efectivo/Cheques/ Ahorros + $_____

TOTAL = $_____

¿Los gastos de vivienda del hogar son mayores que los ingresos y recursos esperados?

☐ Sí ☐ No

B. Información del Registro Electoral de Kansas

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar su inscripción para votar aquí hoy?

☐ Sí ☐ No **(Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.)**

La solicitud de inscripción o la negativa a inscribirse para votar no afectará el monto de la asistencia que le daráesta agencia.

Si desea ayuda para llenar el formulario de inscripción de votantes, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud de manera privada. Puede solicitar el formulario de solicitud personalmente en una oficina del DCF, o llamar al 1-888-369-4777 para que le envíen uno por correo.

También puede optar por hacer su solicitud en línea. Tenga en cuenta que para registrarse para votar por Internet, usted debe tener una licencia de conducir válida o una tarjeta de identificación de no conductor, ambas del estado de Kansas. Si no tiene ninguno de estos documentos, puede descargar el formulario en: https://www.kssos.org/forms/elections/voterregistration.pdf. Si quiere hacer su solicitud en línea, visite: https://www.kdor.ks.gov/apps/voterreg/default.aspx.

Usted debe volver a registrarse para votar cada vez que cambie de nombre, de domicilio o de afiliación partidaria.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si se registra o al hacer su solicitud de registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la División Electoral de la Secretaría de Estado de Kansas llamando al tel. 1-800-262-VOTE (8683) o enviando un correo electrónico a election@ks.gov.

C. Servicios especiales

Si ha sido víctima de violencia doméstica o de agresión sexual en los últimos 5 años, puede tener derecho a consideraciones y servicios especiales. Si quiere averiguar sobre los servicios disponibles y quiere tener una entrevista confidencial, marque esta casilla: ☐

D. ¿Quiere elegir a alguien que le ayude a obtener sus beneficios?

Puede nombrar a una persona para que le ayude a obtener sus beneficios. Esta persona le puede ayudar a llenar la solicitud, responder a sus preguntas y usar la Tarjeta de Beneficios de Kansas por usted. Podremos compartir información con esta persona. Esta persona será su representante autorizado. ¿Quiere que alguien le ayude? ☐ Sí ☐ No

Si es así, cuéntenos sobre esta persona:

Su nombre _____ Su número telefónico _____

Su domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Quiere que la persona nombrada arriba tenga acceso a sus beneficios? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿a cuáles beneficios? ☐ asistencia alimentaria ☐ ayuda económica TANF ☐ asistencia para guardería

Si no, ¿quiere elegir a otra persona para tener acceso a sus beneficios? Esta persona será su representante autorizado y podrá tener acceso a sus beneficios. También podremos compartir información con esta persona. ☐ Sí ☐ No

Si es así, cuéntenos sobre esta persona:

Su nombre _____ Su número telefónico _____

Su domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Si es así, ¿a cuáles beneficios? ☐ asistencia alimentaria ☐ ayuda económica TANF ☐ asistencia para guardería

E. Cuéntenos acerca de usted y de quienes viven en su casa

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

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre, inicial intermedia, apellido

Calle: _____ Ciudad: _____ País: _____ Código postal: _____

Domicilio postal: _____ Ciudad: _____ País: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Usted: ☐ Nunca se ha casado ☐ Es casado(a) ☐ Está casado(a) por derecho consuetudinario ☐ Es divorciado(a) ☐ Es separado(a) ☐ Es viudo(a) ☐ Vive en unión libre

¿Carece de vivienda? ☐ Sí ☐ No

Use este espacio para proporcionar información adicional.

E. Cuéntenos sobre usted y quienes viven en su casa (cont.)

Debe decirnos sobre todos los que viven en su casa. Indique a todos los que viven con usted, incluso si no requieren asistencia. También indique a cualquiera que viva habitualmente con usted, pero que esté ausente. Los hogares con asistencia alimentaria se basan en personas que viven juntas y que compran y cocinan juntas. Indique todas las personas con las que vive:

Nombre, inicial intermedia, apellido	Relación con usted	¿Presenta la solicitud por esta persona?	¿Compra y cocina (o lo hará después de la autorización) alimentos con esta persona?
	Titular	☐ Sí ☐ No	☑ Sí
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

F. Cuéntenos sobre usted y sobre todas las personas por quienes presenta esta solicitud

Aquí está a quién debe incluir en esta solicitud para todos los programas:

- Usted: proporcione su información como Persona 1
- En caso de ser casado(a), su cónyuge
- Sus hijos que viven con usted (en el caso de la asistencia alimentaria, esto incluye hijos de hasta 22 años)
- Para asistencia alimentaria, cualquier padre de un(a) hijo(a) de 21 años o menos que viva con usted
- Su pareja que vive con usted
- Para asistencia alimentaria, cualquier persona con la que compre y cocine alimentos

Proporcione la información de cada persona de su hogar para la cual está presentando la solicitud.
Comience por usted mismo. Si en su casa hay más de cuatro personas por incluir, por favor, adjunte otra hoja.

Debe proporcionarse la condición de ciudadanía/estatus migratorio de todas las personas para las cuales está presentando la solicitud. Si solicita asistencia alimentaria y/o ayuda económica TANF (siglas en inglés de *Temporary Assistance for Needy Families* [Asistencia Temporal para Familias Necesitadas]) para un miembro de su hogar que no cumple con los requisitos de ciudadanía/estatus migratorio, esa persona no puede obtener los beneficios, mientras que el resto de los miembros del hogar que SÍ cumplen con los requisitos de ciudadanía/condición migratoria pueden calificar para recibir los beneficios.

Puede elegir no señalar su raza u origen étnico, y ello no se usará en su contra. Sólo pedimos esta información para fines de información federal. Las respuestas no afectarán ni la elegibilidad, ni los beneficios. Si sólo se solicita asistencia alimentaria, no es necesario identificar el sexo de los miembros del hogar.

Información importante sobre los números de Seguro Social: se requiere un número de Seguro Social para cada persona para la que se solicite asistencia alimentaria y ayuda económica TANF. Si usted, sin causa justificada, no proporciona o solicita un número de Seguro Social, esa persona no podrá obtener los beneficios. Si no está presentando la solicitud para alguien específico de las personas de su hogar, no está obligado a proporcionar el número de Seguro Social de esa persona. Utilizamos los números de Seguro Social para comprobar los ingresos y otra información para ver quién tiene derecho a la asistencia. Si alguien no tiene número de Seguro Social, llame al tel. 800-772-1213 o visite https://www.ssa.gov/.

Su información es privada:

- Mantendremos su información privada conforme a la ley.
- Usaremos la información de este formulario sólo para ver si tiene derecho a los beneficios.

PERSONA 1: Proporcione su información.

Nombre	Inicial intermedia	apellido	Sufijo	¿Relación con usted?
				YO

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
		☐ M ☐ F

Si sólo solicita asistencia alimentaria, no es necesario que responda a esta pregunta:
¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha esperada del parto _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)
☐ **Ayuda Económica TANF** ☐ **Asistencia alimentaria** ☐ **Asistencia para Guardería** ☐ **Ninguna**

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor explique: _____
_____
En caso afirmativo, ¿le interesa obtener servicios que le ayuden a conseguir un empleo competitivo e integrado? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿la discapacidad durará al menos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted ciudadano(a) o nacional de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No Ciudad y estado de nacimiento:
Si no es ciudadano(a) o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No
Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____
¿Ha vivido en los EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

Raza y origen étnico (Opcional)
Nota: Para efectos informativos, si decide no seleccionar una categoría de raza y/u origen étnico, se elegirá por usted.

Origen étnico: ¿es Hispano(a) o Latino(a)? ☐ Sí ☐ No

Raza: Marque todas las opciones que le correspondan.

☐ **Blanco**	☐ **Nativo americano o de Alaska**	☐ **Japonés**	☐ **Nativo de Hawaii**	☐ **Samoano**
☐ **Negro o Afroamericano**	☐ **Indio asiático**	☐ **Coreano**	☐ **Guamaní o Chamorro**	☐ **Otros nativos de las Islas del Pacífico**
☐ **Chino**	☐ **Filipino**	☐ **Vietnamita**		

Díganos cómo comunicarnos con usted.

Proporcionamos servicios de interpretación y de traducción. Llene esta sección para ayudarnos a satisfacer sus necesidades.
¿Tiene un idioma primario que no sea el inglés? ☐ Sí ☐ No
Si es así, escriba a continuación los nombres del idioma hablado y/o escrito. También incluya otras necesidades de comunicación como braille, retransmisión, inglés mediante signos, TDD/TTY, letra grande, Programa de Sintetizador de Voz, etc.

Idioma hablado	Idioma escrito	Necesidades adicionales

¿Cuál es su último grado de estudios? ☐

Estudiantes

¿Es estudiante?	En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente:
☐ Sí ☐ No	☐ De medio tiempo ☐ De tiempo completo Grado: _____ Dónde está inscrito: _____

PERSONA 2: llene para su cónyuge, hijos y otras personas para quienes esté presentando la solicitud.

Nombre	Inicial intermedia	apellido	Sufijo	¿Relación con usted?

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
		☐ M ☐ F

Si sólo solicita asistencia alimentaria, no es necesario que responda a esta pregunta.

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha esperada del parto _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)

☐ **Ayuda Económica TANF** ☐ **Asistencia alimentaria** ☐ **Asistencia para Guardería** ☐ **Ninguna**

¿La **PERSONA 2** tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor explique: _____

_____

En caso afirmativo, ¿la discapacidad durará al menos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿La **PERSONA 2** es ciudadano(a) o nacional de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Ciudad y estado de nacimiento: _____

Si la PERSONA 2 no es ciudadano o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

¿La **PERSONA 2** ha vivido en los EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

Raza y origen étnico (Opcional)
Nota: Para efectos informativos, si decide no seleccionar una categoría de raza y/u origen étnico, se elegirá por usted.

Origen étnico: ¿La **PERSONA 2** es Hispano(a) o Latino(a)? ☐ Sí ☐ No

Raza: Marque todas las opciones que le correspondan a la **PERSONA 2**.

☐ **Blanco**
☐ **Negro o Afroamericano**
☐ **Chino**
☐ **Nativo americano o de Alaska**
☐ **Indio asiático**
☐ **Filipino**
☐ **Japonés**
☐ **Coreano**
☐ **Vietnamita**
☐ **Nativo de Hawaii**
☐ **Guamaní o Chamorro**
☐ **Samoano**
☐ **Otros nativos de las Islas del Pacífico**

¿Cuál es el último grado de estudios de la **PERSONA 2**? ☐

Estudiantes

¿La **PERSONA 2** es estudiante? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente:
☐ De medio tiempo ☐ De tiempo completo Grado: _____ Dónde está inscrito: _____

Use este espacio para proporcionar información adicional.

PERSONA 3: llene para su cónyuge, hijos y otras personas para quienes esté presentando la solicitud.

Nombre	Inicial intermedia	apellido	Sufijo	¿Relación con usted?

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
		☐ M ☐ F

Si sólo solicita asistencia alimentaria, no es necesario que responda a esta pregunta.
¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha esperada del parto _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)
☐ **Ayuda Económica TANF** ☐ **Asistencia alimentaria** ☐ **Asistencia para Guardería** ☐ **Ninguna**

¿La **PERSONA 3** tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor explique: _____

_____

En caso afirmativo, ¿la discapacidad durará al menos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿La **PERSONA 3** es ciudadano(a) o nacional de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No
Ciudad y estado de nacimiento: _____
Si la PERSONA 3 no es ciudadano o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No
Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____
¿La **PERSONA 3** ha vivido en los EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

Raza y origen étnico (Opcional)
Nota: Para efectos informativos, si decide no seleccionar una categoría de raza y/u origen étnico, se elegirá por usted.

Origen étnico: ¿La **PERSONA 3** es Hispano(a) o Latino(a)? ☐ Sí ☐ No

Raza: Marque todas las opciones que le correspondan a la **PERSONA 3**.

☐ **Blanco**
☐ **Negro o Afroamericano**
☐ **Chino**
☐ **Nativo americano o de Alaska**
☐ **Indio asiático**
☐ **Filipino**
☐ **Japonés**
☐ **Coreano**
☐ **Vietnamita**
☐ **Nativo de Hawaii**
☐ **Guamaní o Chamorro**
☐ **Samoano**
☐ **Otros nativos de las Islas del Pacífico**

¿Cuál es el último grado de estudios de la **PERSONA 3**? ☐

Estudiantes

¿La **PERSONA 3** es estudiante? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente:
☐ De medio tiempo ☐ De tiempo completo Grado: _____ Dónde está inscrito: _____

Use este espacio para proporcionar información adicional.

PERSONA 4: llene para su cónyuge, hijos y otras personas para quienes esté presentando la solicitud.

Nombre	Inicial intermedia	apellido	Sufijo	¿Relación con usted?

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
		☐ M ☐ F

Si sólo solicita asistencia alimentaria, no es necesario que responda a esta pregunta.
¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha esperada del parto _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)
☐ **Ayuda Económica TANF** ☐ **Asistencia alimentaria** ☐ **Asistencia para Guardería** ☐ **Ninguna**

¿La **PERSONA 4** tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor explique: _____

_____

En caso afirmativo, ¿la discapacidad durará al menos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿La **PERSONA 4** es ciudadano(a) o nacional de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No
Ciudad y estado de nacimiento: _____
Si la PERSONA 4 no es ciudadano o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No
Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____
¿La **PERSONA 4** ha vivido en los EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

Raza y origen étnico (Opcional)
Nota: Para efectos informativos, si decide no seleccionar una categoría de raza y/u origen étnico, se elegirá por usted.

Origen étnico: ¿La **PERSONA 4** es Hispano(a) o Latino(a)? ☐ Sí ☐ No

Raza: Marque todas las opciones que le correspondan a la **PERSONA 4**.

☐ **Blanco**
☐ **Negro o Afroamericano**
☐ **Chino**
☐ **Nativo americano o de Alaska**
☐ **Indio asiático**
☐ **Filipino**
☐ **Japonés**
☐ **Coreano**
☐ **Vietnamita**
☐ **Nativo de Hawaii**
☐ **Guamaní o Chamorro**
☐ **Samoano**
☐ **Otros nativos de las Islas del Pacífico**

¿Cuál es el último grado de estudios de la **PERSONA 4**? ☐

Estudiantes

¿La **PERSONA 4** es estudiante? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente:
☐ De medio tiempo ☐ De tiempo completo Grado: _____ Dónde está inscrito: _____

Use este espacio para proporcionar información adicional.

PERSONA 5: llene para su cónyuge, hijos y otras personas para quienes esté presentando la solicitud.

Nombre	Inicial intermedia	apellido	Sufijo	¿Relación con usted?

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
		☐ M ☐ F

Si sólo solicita asistencia alimentaria, no es necesario que responda a esta pregunta.

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha esperada del parto _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)

☐ **Ayuda Económica TANF** ☐ **Asistencia alimentaria** ☐ **Asistencia para Guardería** ☐ **Ninguna**

¿La **PERSONA 5** tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor explique: _____

_____

En caso afirmativo, ¿la discapacidad durará al menos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿La **PERSONA 5** es ciudadano(a) o nacional de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Ciudad y estado de nacimiento: _____

Si la PERSONA 5 no es ciudadano o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

¿La **PERSONA 5** ha vivido en los EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

Raza y origen étnico (Opcional)
Nota: Para efectos informativos, si decide no seleccionar una categoría de raza y/u origen étnico, se elegirá por usted.

Origen étnico: ¿La **PERSONA 5** es Hispano(a) o Latino(a)? ☐ Sí ☐ No

Raza: Marque todas las opciones que le correspondan a la **PERSONA 5**.

☐ **Blanco**	☐ **Nativo americano o de Alaska**	☐ **Japonés**	☐ **Nativo de Hawaii**	☐ **Samoano**
☐ **Negro o Afroamericano**	☐ **Indio asiático**	☐ **Coreano**	☐ **Guamaní o Chamorro**	☐ **Otros nativos de las Islas del Pacífico**
☐ **Chino**	☐ **Filipino**	☐ **Vietnamita**		

¿Cuál es el último grado de estudios de la **PERSONA 5**? ☐

Estudiantes

¿La **PERSONA 5** es estudiante? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente:
☐ De medio tiempo ☐ De tiempo completo Grado: _____ Dónde está inscrito: _____

Use este espacio para proporcionar información adicional.

PERSONA 6: llene para su cónyuge, hijos y otras personas para quienes esté presentando la solicitud.

Nombre	Inicial intermedia	apellido	Sufijo	¿Relación con usted?

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo
		☐ M ☐ F

Si sólo solicita asistencia alimentaria, no es necesario que responda a esta pregunta.

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No Fecha esperada del parto _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)

☐ **Ayuda Económica TANF** ☐ **Asistencia alimentaria** ☐ **Asistencia para Guardería** ☐ **Ninguna**

¿La **PERSONA 6** tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor explique: _____

_____

En caso afirmativo, ¿la discapacidad durará al menos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿La **PERSONA 6** es ciudadano(a) o nacional de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Ciudad y estado de nacimiento: _____

Si la PERSONA 6 no es ciudadano o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

¿La **PERSONA 6** ha vivido en los EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

Raza y origen étnico (Opcional)
Nota: Para efectos informativos, si decide no seleccionar una categoría de raza y/u origen étnico, se elegirá por usted.

Origen étnico: ¿La **PERSONA 6** es Hispano(a) o Latino(a)? ☐ Sí ☐ No

Raza: Marque todas las opciones que le correspondan a la **PERSONA 6**.

☐ **Blanco**	☐ **Nativo americano o de Alaska**	☐ **Japonés**	☐ **Nativo de Hawaii**	☐ **Samoano**
☐ **Negro o Afroamericano**	☐ **Indio asiático**	☐ **Coreano**	☐ **Guamaní o Chamorro**	☐ **Otros nativos de las Islas del Pacífico**
☐ **Chino**	☐ **Filipino**	☐ **Vietnamita**		

¿Cuál es el último grado de estudios de la **PERSONA 6**? ☐

Estudiantes

¿La **PERSONA 6** es estudiante? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente: ☐ De medio tiempo ☐ De tiempo completo Grado: _____ Dónde está inscrito: _____

Use este espacio para proporcionar información adicional.

F. Cuéntenos sobre usted y sobre todas las personas por quienes presenta esta solicitud (cont.)

¿Alguien recibe, o ha recibido, ayuda económica TANF, asistencia alimentaria o para guardería en este u otro estado?
☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, llene lo siguiente:
Qué beneficios: _____ Estado: _____ Mes/año: _____
¿Algún miembro del hogar recibe beneficios del Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indias? ☐ Sí ☐ No
Si es así, ¿dónde? _____
¿Algún miembro del hogar vive fuera de la casa? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____
¿Por qué vive(n) fuera de la casa? _____
Fecha esperada de regreso: _____
¿Usted o algún miembro de su hogar ha servido en el ejército de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No
Si es así, nombre(s): _____
¿Es usted cónyuge o viudo(a) de alguien que ha servido en el ejército de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene número de expediente en el Departamento de Servicios a Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuál es su número de expediente en el VA? _____

Las siguientes preguntas son requeridas por la ley federal para los fines de los programas de ayuda económica TANF y asistencia alimentaria únicamente.
¿Hay alguien en su casa que esté huyendo de un delito grave o de la cárcel? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____
¿Hay alguien en su casa que viole la libertad condicional? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____

La siguiente pregunta únicamente es requerida por la ley estatal para los fines del programa de ayuda económica TANF.
¿Alguien en su hogar tiene una condena por un delito grave relacionado con drogas a partir del 1 de julio de 2013? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____

Las siguientes preguntas son requeridas por la ley federal para los fines del programa de asistencia alimentaria únicamente.
Si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, asegúrese de indicar el (los) nombre(s) de la(s) persona(s) involucrada(s).
¿Alguien de su hogar ha sido condenado por cambiar los beneficios de asistencia alimentaria por drogas después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____
¿Alguien de su hogar ha sido condenado por comprar o vender los beneficios de asistencia alimentaria por más de 500 dólares después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____
¿Alguien de su hogar ha sido condenado por obtener fraudulentamente beneficios duplicados de asistencia alimentaria en algún estado después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____
¿Alguien de su familia ha sido condenado por cambiar los beneficios de asistencia alimentaria por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____
¿Alguien en su familia tiene una condena por un delito grave relacionado con drogas a partir del 22 de agosto de 1996?
☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____
¿Alguien de su familia ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos después del 7 de febrero de 2014?
☐ Sí ☐ No 1) Abuso sexual agravado; 2) Asesinato; 3) Explotación sexual y otros abusos de menores; (4) Agresión sexual.
En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): _____
¿Cumplen con los términos de su sentencia? ☐ Sí ☐ No

G. Cuéntenos acerca de los padres de cada menor en su casa

Necesitamos saber la relación que guardan las personas de su hogar. Indique el nombre de cada hijo(a), y los nombres de ambos padres aunque no vivan juntos. Para nonatos, indique "nonato". Si necesita más espacio, utilice el espacio siguiente.

Nombre del menor/ nonato	Nombre de la madre	Nombre del padre	¿Estaba la madre casada con el padre cuando nació el menor?
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No

Use este espacio para proporcionar información adicional.

H. Cuéntenos sobre los padres que no viven en la casa

Para obtener asistencia alimentaria, ayuda económica TANF o asistencia para guardería, debe cooperar con los Servicios de Manutención Infantil (CSS, por sus siglas en inglés). **Si esto la pondría a usted o a su(s) hijo(s) en peligro de abuso, o si tiene otras buenas razones por las que no puede cooperar, por favor díganoslo.**

La manutención infantil es para los menores que no tienen a ambos padres legales[1] viviendo con ellos. Por favor, cuéntenos sobre cualquier menor en su casa actual que no viva con su(s) padre(s) legal(es).

INFORMACIÓN DEL MENOR #1	INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PADRE/MADRE
Nombre (nombre completo):	Nombre (nombre completo):
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Núm. de Seguro Social:	Núm. de Seguro Social:
Lugar de nacimiento (ciudad y estado):	Domicilio:

¿La madre estaba casada durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el nombre del cónyuge: _____ Fecha de matrimonio (en su caso):
Fecha de divorcio (en su caso): _____ Nombre de soltera de la madre: _____

INFORMACIÓN DEL MENOR #2	INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PADRE/MADRE
Nombre (nombre completo):	Nombre (nombre completo):
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Núm. de Seguro Social:	Núm. de Seguro Social:
Lugar de nacimiento (ciudad y estado):	Domicilio:

¿La madre estaba casada durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el nombre del cónyuge: _____ Fecha de matrimonio (en su caso):
Fecha de divorcio (en su caso): _____ Nombre de soltera de la madre: _____

INFORMACIÓN DEL MENOR #3	INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PADRE/MADRE
Nombre (nombre completo):	Nombre (nombre completo):
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Núm. de Seguro Social:	Núm. de Seguro Social:
Lugar de nacimiento (ciudad y estado):	Domicilio:

¿La madre estaba casada durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione el nombre del cónyuge: _____ Fecha de matrimonio (en su caso):
Fecha de divorcio (en su caso): _____ Nombre de soltera de la madre: _____

[1] El padre o la madre legal es la persona cuya paternidad/maternidad se reconoce en el acta de nacimiento del menor, mediante resolución judicial o por matrimonio.

I. Cuéntenos sobre los ingresos o dinero obtenido por trabajo

Necesitamos saber sobre todos los ingresos por trabajo, trabajo autónomo, contratos de trabajo, etc. ¿Alguien de su hogar trabaja por cuenta propia o en un empleo? ☐ Sí ☐ No

Si es así, proporcione la siguiente información para todos los trabajos. El trabajo autónomo incluye ingresos por trabajos ocasionales, cuidado de menores, cortar el césped, quitar la nieve, venta de cosméticos, etc. De ser necesario, utilice el espacio provisto para información adicional o adjunte páginas adicionales.

Nombre	Nombre, teléfono y domicilio del empleador (en caso de ser trabajador(a) autónomo(a), indique el tipo de negocio)	Sueldo o salario por hora	Propinas o comisiones	Horas semanales trabajadas	¿Con qué frecuencia se le paga?	Día de la semana en que se le paga

¿Alguien en su casa ha perdido o dejado un trabajo en los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No

Nombre(s)_____ Empleador _____

Último pago: $_____ Fecha_____ Fecha de término de la relación laboral: Mes _____ Día_____

Año_____ Motivo(s): _____

_____

_____

Llene la siguiente sección si la persona para la que está presentando la solicitud es un(a) trabajador(a) autónomo(a):

Nombre del (de la) trabajador(a) autónomo(a): _____ Nombre del negocio: _____

Tipo de negocio: _____

Fecha de inicio del negocio: _____

¿Se declararon impuestos por estos ingresos el año pasado?: ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué formulario del IRS presentó para este nivel de ingreso? Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Schedule C ☐ Schedule D ☐ Schedule E ☐ Schedule F ☐ Schedule K ☐ 4797 ☐ 1065
☐ 1120S ☐ Otro _____

Ingreso bruto anual (antes de deducción de impuestos) $_____ Ingreso mensual estimado (antes de gastos) $_____

Gastos brutos anuales reportados (antes de deducción de impuestos) $_____ Gastos mensuales estimados $ _____

¿Tiene cambios predecibles en sus ingresos (al alza o a la baja) durante un año normal porque sus ingresos provienen de trabajos estacionales como el trabajo en el sistema escolar, la preparación de declaraciones de impuestos, el techado, la construcción o la agricultura? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor llene:

Nombre	Tipo de ingreso	Ingreso total de este año	Ingreso total del próximo año
		$	$
		$	$
		$	$
		$	$

J. Cuéntenos sobre otros ingresos o dinero

También necesitamos saber sobre los demás ingresos de su hogar para determinar si puede obtener beneficios. ¿Alguien en su hogar, incluyendo a los hijos, recibe otros ingresos, como manutención infantil, pensión alimenticia, Seguro Social, SSI, VA, compensación laboral, beneficios por desempleo, otras pensiones/jubilaciones, dinero de otros, o cualquier otro ingreso? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información para todos los tipos de ingresos. Si es necesario, use la siguiente sección para proporcionar más información.

Tipo/origen del ingreso	Nombre de la persona que lo percibe	Cantidad percibida	Frecuencia con que se percibe

¿Alguien ha solicitado otros ingresos o beneficios? ☐ Sí ☐ No

Si es así, indique quién y qué ingresos o beneficios:_____

_____

_____

K. Cuéntenos sobre sus recursos

¿Se han transferido recursos en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No

Necesitamos saber sobre sus recursos para determinar si puede obtener beneficios.

¿Alguien en su hogar cuenta con un fondo fiduciario? ☐ Sí ☐ No

Si es así, nombre(s): _____

Puede que nos pongamos en contacto con usted para obtener más información.

¿Alguien en su hogar posee o cuenta con algún recurso a su nombre? Por ejemplo: ¿efectivo, cuentas corrientes/de ahorro/de cooperativa de crédito, certificados de depósito (CD), acciones, bonos, propiedades o cualquier otro recurso?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione la siguiente información. De ser necesario, utilice el espacio provisto para información adicional o adjunte páginas adicionales.

Tipo de recurso	A que nombre(s) están los recursos	¿Dónde se encuentra el recurso? (Nombre del banco, unión de crédito o empresa)	Monto o valor

Use este espacio para proporcionar información adicional.

K. Cuéntenos sobre sus recursos (cont.)

¿Alguien de su hogar es dueño de un vehículo (esto incluye coches, camiones, motocicletas, barcos, motos acuáticas, vehículos de recreo, vehículos todo terreno u otros vehículos)? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, llene lo siguiente. De ser necesario, utilice los espacios provistos para información adicional o adjunte páginas adicionales.

	Vehículo #1	Vehículo #2	Vehículo #3	Vehículo #4
Año				
Marca				
Modelo				
Propietario				
Valor estimado	$	$	$	$
Saldo adeudado	$	$	$	$
¿Cuál es el uso principal de este vehículo? (trabajo, escuela, buscar trabajo, médico, lo usa como hogar, etc.)				

¿Alguien en su hogar tiene un vehículo que se utiliza para transportar a un miembro del hogar que tiene una discapacidad física?
☐ Sí ☐ No
Si es así, ¿qué vehículo? _____

Información adicional del (de los) vehículo(s):

_____
_____
_____
_____
_____

Use este espacio para proporcionar información adicional.

L. Cuéntenos sobre los gastos de su hogar

Para ayudarnos a determinar la cantidad correcta de los beneficios de asistencia alimentaria, cuéntenos sobre su vivienda y otros gastos.

Tipo de gasto	Monto	¿Quién lo paga?
¿Su casa es rentada? ☐ Sí ☐ No Si está rentando, indique el nombre, domicilio y teléfono del propietario: _____ _____		
¿Posee o está adquiriendo su vivienda? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál es el importe de la renta mensual o del pago de la vivienda?	$	
Si está rentando, ¿es una vivienda subsidiada, de la Sección 8, del HUD, o de otro tipo? ☐ Sí ☐ No Si es así, díganos la cantidad que está obligado a pagar cada mes	$	
¿Paga impuestos de propiedad no incluidos en el pago de la vivienda? ☐ Sí ☐ No	$	
¿Paga un seguro de hogar que no está incluido en el pago de la casa? ☐ Sí ☐ No	$	
¿Paga por el cuidado de menores o de las personas a su cargo? ☐ Sí ☐ No	$	
¿Paga manutención a menores? ☐ Sí ☐ No Indique la cantidad pagada y el número de la resolución judicial para cada menor: _____	$	
Si tiene 60 años o más, o está discapacitado, ¿tiene algún gasto médico? ☐ Sí ☐ No Incluya las primas de seguro médico y de Medicare. De ser necesario, utilice el espacio provisto para información adicional o adjunte páginas adicionales.	$	

¿Tiene gastos por servicios públicos? ☐ Sí ☐ No

¿Paga gastos de calefacción o refrigeración? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, marque a continuación los servicios públicos que usted es responsable de pagar:

☐ Agua ☐ Alcantarillado ☐ Recolección de basura ☐ Teléfono ☐ Electricidad/gas para cocinar o iluminación

☐ Otro _____ ☐ Ninguno

¿Usted o alguien en su residencia ha recibido Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIEAP, por sus siglas en inglés) en los últimos 12 meses?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, cuando: _____

¿Alguien le ayuda a pagar alguno de los gastos domésticos mencionados? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿con qué gastos recibe ayuda? _____ ¿Cuánto pagan? _____

Use este espacio para proporcionar información adicional.

M. Díganos si tiene necesidades en materia de cuidado de menores

Para ayudarnos a determinar si puede obtener beneficios para el cuidado de menores, díganos por qué necesita ayuda con los gastos de cuidado de menores (marque todo lo que corresponda):

☐ Tengo trabajo. ☐ Voy a la escuela/a capacitación. ☐ Otro, explique: _____

¿Necesita ayuda para encontrar una guardería de calidad? ☐ Sí ☐ No

¿Hay cuotas de inscripción en la guardería para su hijo? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuánto les están cobrando? _____

¿Le toma más de 30 minutos llegar desde el lugar donde se encuentra su proveedor de servicio de guardería hasta su lugar de trabajo o de formación?

☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuánto tiempo le toma? _____

¿Cuándo necesita que empiece el servicio de guardería? _____

Por favor, proporcione la siguiente información para cada menor que necesite el servicio de guardería. Si se necesita el servicio de guardería para más de 4 menores, por favor, adjunte páginas adicionales.

Proporcione la siguiente información para cada menor	**Nombre del menor**	**Nombre del menor**	**Nombre del menor**	**Nombre del menor**
Anote la información del proveedor del servicio de guardería debajo del nombre de cada menor				
Nombre del proveedor				
Domicilio				
Número de teléfono				
Horario escolar del menor (diario) Indique los días de la semana para este horario	**Inicio** **AM / PM**	**Inicio** **AM / PM**	**Inicio** **AM / PM**	**Inicio** **AM / PM**
	Término **AM / PM**	**Término** **AM / PM**	**Término** **AM / PM**	**Término** **AM / PM**
	D L M M J V S	**D L M M J V S**	**D L M M J V S**	**D L M M J V S**
Grado del menor y nombre de la escuela/ institución head start (de ventaja temprana) a la que asiste	Autorizado por el KDHE ☐ En casa ☐ Familiar ☐ Fuera de casa ☐ En caso de familiares, relación con el menor: _____	Autorizado por el KDHE ☐ En casa ☐ Familiar ☐ Fuera de casa ☐ En caso de familiares, relación con el menor: _____	Autorizado por el KDHE ☐ En casa ☐ Familiar ☐ Fuera de casa ☐ En caso de familiares, relación con el menor: _____	Autorizado por el KDHE ☐ En casa ☐ Familiar ☐ Fuera de casa ☐ En caso de familiares, relación con el menor: _____
Tipo de proveedor				

Horario laboral/escolar del adulto 1

Nombre del lugar de trabajo o escuela: _____ Teléfono del lugar de trabajo o escuela: _____

Hora de inicio (AM/PM)	Hora de término (AM/PM)	Indique los días de la semana para este horario:
		DOM LUN MAR MIÉ JUE VIE SÁB
		DOM LUN MAR MIÉ JUE VIE SÁB

Horario laboral/escolar del adulto 2

Nombre del lugar de trabajo o escuela: _____ Teléfono del lugar de trabajo o escuela: _____

Hora de inicio (AM/PM)	Hora de término (AM/PM)	Indique los días de la semana para este horario:
		DOM LUN MAR MIÉ JUE VIE SÁB
		DOM LUN MAR MIÉ JUE VIE SÁB

Por favor lea esta información antes de firmar la página 21

Derechos, responsabilidades y sanciones

- He leído y entendido mis derechos y responsabilidades que figuran en la página desprendible al final de este formulario.
- Comprendo las preguntas de este formulario.
- Entiendo las sanciones por ocultar información (las sanciones se indican en la página desprendible al final de este formulario).
- Entiendo las sanciones por proporcionar información falsa (las sanciones se indican en la página desprendible al final de este formulario).

Estatus de ciudadanía

- Al firmar este formulario, acepto que todas las personas que viven en mi casa y que solicitan asistencia son ciudadanos estadounidenses o cuentan con estatus migratorio legal.

Cambios que debe informar

- Estoy de acuerdo en informar de cambios tales como cambios en mi domicilio, ingresos, cuidado de menores y personas que viven en mi casa.
- Entiendo que seré notificado sobre los cambios que debo informar.
- Le informaré al DCF los cambios que podrían afectar mi elegibilidad o el nivel de beneficios.

Verificaremos la información que nos proporcione

- Entiendo que verificarán la información que proporcione en este formulario de solicitud.
- Entiendo que pueden contactar otras agencias como funcionarios federales, estatales y locales, empleadores, proveedores de servicios médicos, empresas, organizaciones financieras y proveedores de servicios de guardería para verificar la información.
- Entiendo que usarán la información que verifiquen y que eso podría afectar mi elegibilidad o el nivel de beneficios.

Información sobre los Números de Seguro Social

- Entiendo que tengo que proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para las personas de mi hogar que soliciten asistencia.
- Entiendo que el DCF usa los números de Seguro Social para operar. Los números se utilizan para cotejo electrónico con la Administración de la Seguridad Social, el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad, los bancos, el Servicio de Impuestos Internos y otras organizaciones y agencias.
- La información que se reciba de estas agencias puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando el DCF encuentre discrepancias; esta información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su hogar.

Información sobre los Servicios de Manutención Infantil

- Estoy de acuerdo en ayudar a los Servicios de Manutención Infantil (CSS) a establecer y hacer cumplir las órdenes de manutención para los menores de mi casa.
- Estoy de acuerdo en entregar toda la pensión alimenticia y/o la manutención infantil al DCF por cada persona en mi casa que reciba ayuda económica TANF.

Información sobre gastos de asistencia alimentaria

- Entiendo que debo reportar y comprobar los gastos de mi hogar o no obtendré una deducción por ellos.

Información sobre la cooperación con el programa laboral

- Estoy de acuerdo en que todos los que reciben asistencia alimentaria cooperarán con los requisitos laborales, a menos que estén exentos, inscribiéndose para trabajar, buscando trabajo, preparándose para el empleo y manteniendo un empleo.

Información sobre los beneficios de Asistencia Monetaria y Alimentaria TANF

- Entiendo que mis beneficios de ayuda económica de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) no pueden emplearse/utilizarse en ninguna licorería, casino, casino de juegos de azar o establecimiento de juego, joyería, salón de tatuajes, salón de masajes, salón de perforaciones corporales, spa, salón de uñas, tienda de lencería, tienda de productos relacionados con el tabaco, tienda de cigarros de vapor, negocio de videntes o adivinos, compañía de fianzas, sala de videojuegos, cine, piscina, crucero, parque temático, establecimiento de carreras de perros o caballos, establecimiento de apuestas mutuas, o negocios de índole sexual, o cualquier establecimiento minorista que ofrezca entretenimiento para adultos en el que los artistas se desnuden o actúen desnudos para fines de entretenimiento, o en cualquier negocio o establecimiento minorista en el que no se permita la entrada a menores de 18 años.
- Entiendo que el límite de tiempo para recibir los beneficios de ayuda económica TANF es de 24 meses.
- Entiendo que para obtener la ayuda económica TANF, todos los menores en el hogar que tengan de 7 a 18 años de edad deben estar inscritos en la escuela, incluyendo la escuela local que esté registrada en el Departamento de Educación de Kansas. Todo el hogar será inelegible si un menor del hogar no está inscrito en la escuela.
- Entiendo que no puedo utilizar la ayuda económica TANF para comprar artículos como alcohol, cigarros, productos de tabaco, billetes de lotería, entradas para conciertos, entradas para eventos deportivos profesionales o universitarios, o entradas para otros eventos de entretenimiento destinados al público en general o materiales de índole sexual para adultos.
- Entiendo que no puedo utilizar los beneficios de la asistencia alimentaria para comprar artículos no alimentarios o para pagar saldos acreedores.
- Entiendo que no puedo usar mi ayuda económica TANF para compras en puntos de venta fuera del estado de Kansas.

Información sobre el Programa *Lifeline Telephone*

- En cuanto a la asistencia alimentaria, entiendo que el DCF participa en el cotejo de datos con *Lifeline*. El programa *Lifeline* ofrece servicio telefónico básico a una tarifa reducida.
- Entiendo que mi información es confidencial y sólo será utilizada para verificar mi elegibilidad para la asistencia telefónica de *Lifeline*.
- Entiendo que el programa *Lifeline* no es obligatorio y que tendré que solicitar este servicio contactando con mi compañía telefónica local.
- Entiendo que tal vez tenga que proporcionar evidencia de los ingresos de mi hogar a mi compañía telefónica local para que determine mi elegibilidad para el programa *Lifeline*.

Autorización para revelar información y firma

Mi firma en esta solicitud autoriza a los empleadores, proveedores de servicios de guardería, proveedores de atención médica, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias que conozcan mis circunstancias a proporcionar al Departamento de Menores y Familias de Kansas (DCF) cualquier información, incluyendo información confidencial y de salud, necesaria para determinar mi elegibilidad para los beneficios o para administrar cualquier programa (incluyendo los Servicios de Apoyo Infantil) que haya solicitado.

Autorizo al DCF a compartir información médica con fines administrativos con otras agencias y contratistas.

Entiendo 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 de confidencialidad estatales y federales.

Esta autorización es válida a partir de la fecha de la firma que figura a continuación y seguirá siendo válida hasta que sea revocada por escrito por el suscrito. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluyendo la información relativa a la ciudadanía y a la condición de extranjero. Entiendo que, además de otras sanciones, es ilegal obtener, intentar obtener o ayudar a cualquier otra persona a obtener, mediante una declaración o afirmación deliberadamente falsa, o mediante suplantación, colusión u otro medio fraudulento, asistencia a la que ellos o yo no tengamos derecho, y esto constituirá delito de robo, tal como lo definen las Leyes Comentadas de Kansas (K.S.A., por sus iniciales en inglés) 21-5801 y sus enmiendas, lo que podría constituir un delito grave castigado con pena de prisión, multa o ambas, y su infractor también puede ser objeto de enjuiciamiento en virtud de otras leyes estatales y federales aplicables.

Su firma (necesaria)	**Fecha**
La firma de su cónyuge u otro adulto en su casa (no es necesaria)	Fecha
Firma del Primer Testigo (necesaria si se usa “X”)	Fecha
Firma del Segundo Testigo (necesaria si se usa “X”)	Fecha
Firma del tutor/custodio designado por una instancia judicial (en su caso)	Fecha

Reconocimiento de la Política de TANF de Pruebas de Detección de Drogas basadas en sospechas

Se requiere una prueba de detección de drogas basada en la sospecha para los solicitantes, receptores y beneficiarios de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) cuando parezca haber un uso ilegal de una sustancia controlada o de un análogo de una sustancia controlada. Entiendo que yo, u otros adultos de mi hogar, estamos obligados a someternos a pruebas de detección de drogas si se identifica una sospecha de uso de sustancias ilegales.

Firma	Fecha

Use este espacio para proporcionar información adicional.

Departamento de Menores y Familias de Kansas
Solicitud de beneficios para familias
Derechos y Responsabilidades - Lea y desprenda para sus registros

Los tiempos de trámite de su solicitud son:

- 30 días para asistencia de guardería y alimentaria
- 45 días para la ayuda económica TANF

Si usted es elegible, los beneficios comenzarán a partir de la fecha en que se recibe la solicitud firmada en la oficina del DCF. Es posible que pueda obtener asistencia alimentaria en un plazo de 7 días naturales si cumple con los requisitos. Le haremos saber si califica para este procesamiento especial.

La siguiente información aplica para todos los programas:

Sus responsabilidades

Usted es responsable de:

- Proporcionar toda la información necesaria para determinar su elegibilidad;
- Informar de cambios según sea necesario: le diremos lo que debe ser reportado (por ejemplo: embarazo, nacimiento, alguien que deja o se muda a su casa, un nuevo trabajo, cambio de ingresos, nuevo domicilio, etc.);
- Entregar los pagos por pensión alimenticia y manutención de los hijos al DCF si recibe ayuda económica TANF, y cooperar con los Servicios de Manutención Infantil (CSS) si recibe ayuda económica TANF, asistencia para guardería o asistencia alimentaria;
- Pagar los servicios de su proveedor de cuidado de menores;
- Cooperar con el personal de Aseguramiento de la Calidad si se revisa su caso;
- Cooperar con una investigación de fraude si recibe ayuda económica TANF o asistencia para guardería; y
- Buscar empleo y participar en los servicios relacionados con el empleo, a partir de la fecha en que solicite la ayuda económica TANF.

Derechos del DCF

El DCF tiene derecho a:

- **Usar la información de esta solicitud, incluyendo el número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de cada persona de su hogar, para determinar si su hogar puede recibir los beneficios. Verificaremos esta información a través de programas de cotejo electrónico de datos. Esta información también se utilizará para asegurarse de que está recibiendo la cantidad correcta de beneficios. Para la asistencia para guardería solamente, el número de Seguro Social es voluntario.**
- **Verificar la condición de extranjero de los miembros del hogar solicitante presentando la información de la solicitud al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). La información recibida puede afectar a la elegibilidad de la familia y la cantidad de los beneficios.**
- **Denegar los beneficios a su hogar si no proporciona la información solicitada.**
- **Revelar la información de su solicitud a otras agencias federales y estatales para su examen oficial, y al personal de procuración de justicia con el propósito de arrestar a las personas que huyen de la ley.**
- **Remitir la información de esta solicitud a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de reclamaciones, para el cobro de las reclamaciones si hay pagos en exceso en contra de su hogar.**
- **Realizar una investigación completa sobre su elegibilidad, incluyendo el contacto con empleadores, proveedores de cuidado de menores, bancos, médicos o visitando su casa.**
- **Rechazar su solicitud o procesarlo por fraude si a sabiendas nos da información falsa para recibir asistencia.**

Sanciones

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

I. Programas de empleo: búsqueda de empleo, capacitación para el empleo y mantener un empleo (no se aplica a la asistencia para el cuidado de menores)

A. Para la ayuda económica TANF, se aplican las siguientes sanciones por no cooperar con los programas de empleo sin causa justificada:

<u>Primera sanción</u>

Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF por un mínimo de 3 meses.

<u>Segunda sanción</u>

Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF por un mínimo de 6 meses.

<u>Tercera sanción</u>

Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF por un mínimo de 1 año.

<u>Cuarta sanción y sanciones posteriores</u>

Su familia perderá los beneficios de ayuda económica TANF por un período de 10 años.

Para volver a obtener ayuda económica TANF, debe volver a solicitarla y la persona sancionada debe cooperar con los Servicios de Empleo. Estas sanciones no se aplicarán si los menores de su familia se convierten en adultos beneficiarios de TANF.

B. En el caso de la asistencia alimentaria, se aplicará una sanción comparable a la descrita anteriormente sólo contra la persona que no haya cooperado. Los demás miembros del hogar que reciben asistencia alimentaria pueden obtener los beneficios, si tienen derecho a ellos. La elegibilidad volverá a determinarse al final del período de sanción.

II. Servicios de Manutención Infantil: establecer la paternidad de un menor y cobrar la manutención.

A. Para la ayuda económica TANF y la asistencia para el cuidado infantil se aplican las siguientes sanciones por no cooperar con los Servicios de Manutención Infantil sin causa justificada:

<u>Primera sanción</u>

Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF o de cuidado infantil por un mínimo de 3 meses.

<u>Segunda sanción</u>

Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF o de cuidado infantil por un mínimo de 6 meses.

<u>Tercera sanción</u>

Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF o de cuidado infantil por un mínimo de 1 año.

<u>Cuarta sanción y sanciones posteriores</u>

Su familia perderá los beneficios de ayuda económica TANF o de cuidado infantil por un período de 10 años. Para volver a obtener ayuda económica TANF y/o asistencia para guardería, debe volver a solicitarlas y la persona sancionada debe cooperar con los Servicios de Manutención Infantil.

B. Para la asistencia alimentaria, cualquier miembro adulto del hogar que no coopere con los Servicios de Manutención Infantil sin causa justificada, no será elegible para los beneficios de asistencia alimentaria hasta que el DCF determine que el hogar ha cooperado. Los demás miembros de su hogar que reciban asistencia alimentaria pueden obtener los beneficios, si tienen derecho a ellos de otra manera.

III. Sanciones por fraude

A. Asistencia alimentaria: cualquier miembro de su hogar que viole cualquiera de las siguientes reglas a propósito puede ser excluido del programa de asistencia alimentaria por un año hasta ser descalificado de manera permanente. Puede ser multado por hasta 250,000 dólares, ser sentenciado a 20 años de cárcel, o ambos. La persona también puede ser objeto de enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables, y también puede ser excluida del programa de asistencia alimentaria por 18 meses más, si lo ordena una instancia judicial.

- **No mienta ni oculte información para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.**
- **No use ni tenga en su poder Tarjetas de Beneficios de Kansas que no sean suyas.**
- **No intercambie o venda las Tarjetas de Beneficios de Kansas.**
- **No utilice los beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no alimentarios, como alcohol o cigarros, ni para pagar saldos acreedores.**

Si hace declaraciones falsas o engañosas y se le declara culpable de declarar falsamente, no podrá recibir los beneficios de la asistencia alimentaria:

- **Por 1 año si su declaración falsa fue sobre algo que no sea la identidad o la residencia y es su primera violación del programa;**
- **Por 2 años si su declaración falsa fue sobre algo que no sea la identidad o la residencia y es su segunda violación del programa;**
- **Por 10 años si su declaración falsa fue acerca del lugar donde vive o su identidad, para obtener beneficios duplicados;**
- **De manera permanente si su declaración falsa fue sobre algo que no sea la identidad o la residencia y es su tercera violación del programa.**
- **Su elegibilidad para recibir asistencia alimentaria también se suspenderá durante 2 años o se perderá de forma permanente si es condenado por comprar o vender más de 500 dólares de beneficios o si utiliza los beneficios, o los recibe, en una venta de sustancias controladas, armas de fuego, municiones o explosivos. El tráfico de beneficios de asistencia alimentaria incluye, de manera enunciativa mas no limitativa:**
    - **Comprar, vender, robar o intercambiar beneficios por dinero en efectivo;**
    - **Intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o drogas ilegales por beneficios;**
    - **Comprar refrescos, agua u otros artículos en un envase para obtener el depósito en efectivo;**
    - **Comprar un artículo con la asistencia alimentaria y luego venderlo a propósito por dinero en efectivo; y/o**
    - **Intercambiar dinero en efectivo por artículos pagados con los beneficios de la asistencia alimentaria.**

En todos estos casos, los demás miembros de su hogar que reciban asistencia alimentaria pueden obtener los beneficios si reúnen los requisitos de otra manera, pero seguirán siendo responsables de devolver el monto de cualquier pago en exceso de beneficios que haya recibido la persona descalificada.

B. Ayuda económica TANF y asistencia para guardería: si usted o cualquier miembro adulto de su hogar que recibe TANF o asistencia para guardería viola cualquiera de las siguientes reglas de manera intencional o se descubre que ha cometido fraude (civil, penal o administrativo), ya sea en TANF o en guardería, todos los adultos de su hogar serán permanentemente no elegibles para recibir ayuda económica TANF y asistencia para guardería.

- **No mienta, no haga declaraciones engañosas, no oculte información ni olvide informar cambios, según se requiera, para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.**
- **No use ni tenga en su poder Tarjetas de Beneficios de Kansas que no sean suyas.**
- **No intercambie o venda las Tarjetas de Beneficios de Kansas.**
- **No use su ayuda económica TANF o cambiar los beneficios de su Tarjeta de Beneficios de Kansas en ninguna licorería, casino, casino de juegos de azar o establecimiento de juego, joyería, salón de tatuajes, salón de masajes, salón de perforaciones corporales, spa, salón de uñas, tienda de lencería, tienda de productos relacionados con el tabaco, tienda de cigarros de vapor, negocio de videntes o adivinos, compañía de fianzas, sala de videojuegos, cine, piscina, crucero, parque temático, establecimiento de carreras de perros o caballos, establecimiento de apuestas mutuas, o negocios de índole sexual, o cualquier establecimiento minorista que ofrezca entretenimiento para adultos en el que los artistas se desnuden o actúen desnudos para fines de entretenimiento, o en cualquier negocio o establecimiento minorista en el que no se permita la entrada a menores de 18 años.**
- **No use los beneficios de la ayuda económica TANF para comprar alcohol, cigarros, productos de tabaco, billetes de lotería, entradas para conciertos, entradas para eventos deportivos profesionales o universitarios, o entradas para otros eventos de entretenimiento destinados al público en general o materiales de índole sexual para adultos.**
- **No utilice sus beneficios de asistencia monetaria TANF para compras en puntos de venta fuera del estado de Kansas.**

El resto de su hogar en TANF o cuidado infantil puede obtener beneficios si son elegibles de otra manera. Los adultos en el hogar seguirán siendo responsables de devolver el importe de cualquier pago en exceso de beneficios que haya recibido la persona descalificada. Se debe asignar un beneficiario protector para acceder a sus beneficios de TANF. Ni usted, ni ningún miembro de su hogar tendrán acceso a los beneficios de TANF.

Sanciones (cont.)

IV. Condenas por delitos graves relacionados con drogas

En un hogar que reciba ayuda económica TANF, cualquier persona que sea condenada por un delito grave estatal o federal cometido a partir del 1 de julio de 2013 o después de esa fecha, que incluya como elemento de dicho delito la fabricación, el cultivo, la distribución, la posesión o el uso de una sustancia controlada o de un análogo de una sustancia controlada no tendrá derecho a recibir ayuda económica TANF durante cinco años a partir de la fecha de la condena por un primer delito. Una segunda condena por un delito grave relacionado con drogas hará que esa persona no pueda recibir ayuda económica TANF durante toda su vida.

En un hogar que reciba asistencia alimentaria, cualquier persona que sea condenada por un delito grave cometido a partir del 22 de agosto de 1996 o después de esa fecha, que incluya como elemento de dicho delito la fabricación, el cultivo, la distribución, la posesión o el uso de una sustancia controlada o de un análogo de una sustancia controlada, no tendrá derecho a recibir los beneficios de la asistencia alimentaria hasta que la persona participe en un programa aprobado de tratamiento de la drogadicción y presente y apruebe un plan de pruebas de detección de drogas aprobado. Una segunda condena por un delito grave relacionado con drogas hará que esa persona no pueda recibir asistencia alimentaria durante toda su vida.

El resto del hogar que reciba asistencia alimentaria o ayuda económica TANF puede obtener los beneficios si reúnen los requisitos de otra manera.

Pruebas de detección de drogas con base en sospechas

Kansas requiere que todo solicitante o receptor adulto de TANF que cumpla con el criterio basado en la sospecha se someta a una prueba obligatoria de detección de drogas. El no hacerlo da lugar a los siguientes períodos de inelegibilidad para la persona:

Primera vez	6 meses, y debe someterse a una prueba antes de volver a ser elegible.
Segunda vez	12 meses, y debe someterse a una prueba de detección de drogas antes de volver a ser elegible.
Tercera vez	Inelegibilidad de por vida para la TANF.

Un resultado positivo en la prueba de detección de drogas da lugar a los siguientes períodos de inelegibilidad para la persona:

Primera prueba positiva	Se requiere que la persona participe en un tratamiento contra el abuso de substancias y se inscriba en una capacitación basada en habilidades. Si no lo hace, la persona no será elegible hasta que coopere.
Segunda prueba positiva	12 meses, y la finalización satisfactoria del tratamiento contra el abuso de sustancias y la capacitación basada en habilidades antes de volver a ser elegible.
Tercera prueba positiva	Inelegibilidad de por vida para la TANF.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Que se le proporcione un intérprete sin costo alguno si el inglés no es su idioma principal
- Que se mantenga la confidencialidad de la información que proporcione al DCF, a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas del DCF
- Retirar su solicitud en cualquier momento
- Solicitar una audiencia justa en un plazo de 30 días para la ayuda económica TANF y para la asistencia para guardería, o en un plazo de 90 días para la asistencia alimentaria si no está de acuerdo con la decisión. Para la asistencia alimentaria, puede solicitar una audiencia justa verbalmente o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del hogar o por un representante, como un abogado, un familiar, un amigo u otro portavoz
- Saber que, si solicita los beneficios de asistencia alimentaria, su solicitud de asistencia alimentaria no puede ser denegada sólo porque los beneficios para otros programas han sido negados
- Que sus beneficios se determinen a partir de la fecha en que esta solicitud sea recibida por el DCF
- Consideraciones especiales y servicios confidenciales, si la búsqueda de un empleo o la búsqueda de manutención para menores le pone en peligro de violencia doméstica o de agresión sexual

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

El Departamento de Agricultura los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) también prohíbe la discriminación basada en la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, el credo religioso, la condición de discapacidad, la edad, las creencias políticas o las represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para informarse sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al tel. (800) 877-8339. Asimismo, la información del programa se puede facilitar en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja al programa por discriminación, complete el formulario de quejas por discriminación del programa del USDA (AD3027) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA con toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al tel. (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por los siguientes medios:

(1)	correo postal:	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.

Para cualquier otra información relacionada con el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse al número de la Línea Directa del SNAP del USDA al tel. (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los Números de Información/Línea Directa del Estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de la línea directa por Estado); que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación en relación con un programa que reciba ayuda financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (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 tel. (202) 619-0403 (voz) o al tel. (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Entrevista

Para asistencia alimentaria y/o ayuda económica TANF, requerimos una entrevista como parte del proceso de solicitud. No se requiere entrevista para guardería, pero puede solicitarla. Puede solicitar una entrevista telefónica. Si pierde la entrevista, usted es responsable de programar otra.

- ☐ Su entrevista ha sido programada para: _____
- ☐ Fecha: _____ Hora: _____
- ☐ Por favor llame para agendar una entrevista: _____
- ☐ Otro: _____

Esta información puede ser necesaria para procesar su solicitud

Podemos pedirle que nos proporcione algunos o todos los elementos siguientes. Por favor esté preparado para proporcionar esta información.

- Comprobantes del lugar donde vive
- Comprobantes de su edad e identidad
- Comprobante de ciudadanía para quienes desean recibir beneficios
- Comprobantes de condición de no ciudadano para quienes desean recibir beneficios
- Facturas y comprobantes de gastos de guardería
- Comprobantes de la manutención infantil y/o pensión alimenticia pagada o recibida en los últimos 3 meses
- Comprobantes de ingresos
- Si es trabajador(a) autónomo(a), declaraciones de impuestos federales, registros contables
- Recibos de renta/pagos de la casa (incluyendo seguros e impuestos sobre la propiedad)
- Comprobantes de los gastos médicos en los que ha incurrido o que están en curso para adultos mayores o personas discapacitadas, como medicamentos, facturas médicas y hospitalarias
- Estados de cuenta bancarios para cuentas de cheques, cuentas de ahorros
- Si alguien en el hogar está embarazada, proporcione evidencia del embarazo con la fecha esperada del parto.
- Otro: _____

Podemos ayudarle a obtener la verificación requerida. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar la solicitud, llámenos sin costo al tel. 888-369-4777.

AD ASTRA PER ASPERA

Kansas

Department for Children and Families

OPCIONAL Autorización para la obtención de información

¡Ayúdenos a ayudarlo!

No tiene que firmar esto, pero nos ayudará a obtener la información que necesitamos para ayudarle, sin tener que conseguir su firma en solicitudes específicas.

Debe saber que:

- Es posible que necesitemos mayor información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si se necesita más información de usted, recibirá una carta diciéndole lo que necesitamos y la fecha en que debe hacérnoslo llegar.
- Usted es responsable de obtener la información o de pedirnos ayuda para obtenerla.
- Si no nos da la información o nos pide ayuda antes de la fecha límite, su solicitud puede ser denegada o su asistencia puede cesar.
- Es posible que podamos usar la siguiente autorización para obtener la información que necesitamos. Sin embargo, aún así tiene que proporcionarnos la información que le solicitemos o pedirnos ayuda.
- Podemos adjuntar una copia de esta autorización a un formulario en el que se solicite a otras personas u organizaciones (como su empleador) información específica necesaria sobre usted u otros miembros de su hogar.

Anote su nombre y firme abajo para darnos permiso para obtener la información necesaria.

AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a cualquier persona u organización a proporcionar al Departamento de Menores y Familias de Kansas la información solicitada sobre mí o sobre otros miembros de mi hogar.

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Esta autorización no aplica a la información de salud protegida.

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma.

_____ _____

Su nombre (por favor escriba en letra de molde de manera clara) Nombre de otro adulto (por favor escriba en letra de molde de manera clara)

_____ _____

Firma Firma

_____

Fecha

Derechos y Responsabilidades

Registro para el empleo

Para que usted y los miembros de su hogar puedan recibir Asistencia Alimentaria, todos los miembros de su hogar que tengan entre 16 y 59 años de edad deben inscribirse para trabajar, a menos que estén exentos. Si no se cumplen los requisitos que figuran a continuación sin causa justificada, puede producirse la pérdida o reducción de los beneficios de la Asistencia Alimentaria.

Para recibir los beneficios de Asistencia Alimentaria, todos los miembros no exentos del hogar están obligados a:

- Registrarse para el empleo
- Participar en un programa de empleo y de capacitación si es asignado a dicho programa por el DCF
- Aceptar una oferta de empleo adecuada
- No renunciar voluntariamente a un trabajo de al menos 30 horas por semana
- Proporcionar información a la oficina del DCF sobre cualquier empleo actual o disponibilidad para trabajar

Instrucciones sobre el registro para el empleo

- Visite www.kansasworks.com.
- Haga clic en la pestaña de Buscadores de empleo (*Job Seekers*) y luego clic en el botón Crear una cuenta de buscador de empleo (*Create a Job Seeker Account*).
- Ingrese su número de Seguro Social y llene los campos requeridos con la información para la nueva cuenta.

Puede haber disponible ayuda para este proceso en línea en su centro de trabajo, biblioteca o centro de servicio del Departamento de Menores y Familias local. Si tiene preguntas sobre cómo registrarse en línea para el empleo, por favor contacte con el Servicio de Ayuda de KANSASWORKS al tel. 1-800-255-2458 o contacte directamente a un centro de trabajo.

Adultos sanos sin dependientes (ABAWD)

Los adultos sanos sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés) que tienen entre 18 y 49 años y que no tienen hijos menores de 18 años en el hogar sólo pueden recibir tres meses de beneficios de Asistencia Alimentaria en un período de tres años (36 meses) a menos que cumplan con los requisitos de empleo cada mes, haciendo lo siguiente:

- Trabajar al menos 20 horas por semana, que incluye el trabajo en especie
- Participar voluntariamente y cumplir con el Programa de Empleo y Capacitación para Asistencia Alimentaria durante 20 horas o más por semana en los condados donde se encuentre disponible. Los condados donde actualmente se encuentra disponible son: Shawnee, Sedgwick, Johnson, y Wyandotte
- Participar en otro programa de capacitación aprobado

Cumplir con el requisito de empleo incluye trabajar 80 horas al mes o participar en un programa de empleo de 80 horas al mes. Durante el tiempo en que un individuo esté exento de cumplir con el requisito de empleo para ABAWD, como se ha señalado anteriormente, cualquier período de participación en el Programa de Asistencia Alimentaria no se cuenta en el límite de 3 meses.

Exenciones y consecuencias

Las siguientes personas están exentas de los requisitos de empleo, conforme a la normativa federal:

- Personas menores de 16 (o 18 años y que todavía reciban TANF) o de 59 años o más

- Personas física o mentalmente no aptas para el empleo
- Que tengan hijos menores de 6 años en el hogar que reciba Asistencia Alimentaria
- Mujeres embarazadas
- Personas con discapacidad
- Estudiantes inscritos por lo menos a medio tiempo en cualquier escuela, programa de capacitación o institución de educación superior reconocida
- Personas que señalen ser responsables del cuidado de un miembro del hogar incapacitado
- Un participante regular en un programa de tratamiento y rehabilitación de alcoholismo o drogadicción
- Personas que reciban prestaciones por desempleo
- Una persona de 17 años o menor, o que tenga 18 años y trabaje para obtener un diploma de escuela secundaria o su equivalente. Para los efectos de esta disposición, se considerará exenta a una persona el mes en que cumpla 18 años y, si asiste a la escuela, el mes en que cumpla 19 años.

Un cliente que no cumpla con los requisitos de empleo puede ser inelegible para recibir Asistencia Alimentaria durante los siguientes períodos de tiempo y hasta que cumpla con los requisitos de empleo: tres meses de inelegibilidad para una primera sanción; seis meses para una segunda sanción; y un año para una tercera y cualquier sanción posterior.

Si su situación cambia y cree que podría recuperar la Asistencia Alimentaria, por favor póngase en contacto con su oficina del DCF para mayor información. Usted tiene derecho a pedir una audiencia justa si no está de acuerdo con una decisión tomada en su caso.

Oficinas del DCF abiertas en días hábiles de la semana: 8 a.m. – 5 p.m.
Teléfono de atención al cliente: 1-888-369-4777
www.dcf.ks.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Kansas Department for Children and Families

K-STATE Research and Extension

SNAP Supplemental Nutrition Assistance Program

ASISTENCIA ALIMENTARIA Y SNAP-ED

Trabajando juntos para un Kansas más sano

Clases GRATUITAS sobre cómo aprovechar sus dólares destinados a la alimentación y cómo preparar comida nutritiva para su familia.

¡Regístrese hoy para SNAP-Ed!

Qué aprenderá:

- Cómo elegir y preparar comidas y colaciones nutritivas
- Cómo aprovechar mejor sus dólares destinados a la alimentación
- Recetas sobre cómo preparar comidas fáciles en poco tiempo
- Cómo manejar, preparar y almacenar los alimentos de manera segura
- Cómo ser más activo físicamente
- Cómo desarrollar habilidades de elaboración de presupuestos, compras y cocina

El registro para SNAP-Ed es voluntario:
La elegibilidad para recibir los beneficios del SNAP no depende de la participación en SNAP-Ed.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

¿Cuál es la mejor manera de contactarlo? _____

Autorizo la divulgación de mi nombre y datos de contacto al Programa SNAP-Ed de Kansas:

Firma: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Instrucciones Para Registro de Votante

Para mayor información contacte la Oficina del Secretario de Estado. 1-800-262-VOTE (8683) V/TTY o en la internet en www.sos.ks.gov.

Usted puede usar esta solicitud para:

registrarse para votar en el estado de Kansas, para cambiar ya sea su nombre o su dirección en el registro de votantes, para afiliarse a un partido político o para catmbiar su afiliación de partido.

Para registrarse como votante es necesario:

- ser ciudadano de Estados Unidos de Norteamérica y residir en el estado de Kansas.
- tener 18 años o más antes de la próxima elección estatal general.
- haber sido egresado de modo defnitivo de prisión, de libertad bajo palabra o de libertad condicional si hubiere sido convicto por un crimen.
- Haber dejado su anterior lugar de residencia o haber cambiado de nombre.

Cómo registrarse para votar

- Envíe su solicitud ya llena al condado que le corresponda. Las direcciones de los diversos condados están al reverso de esta solicitud. El oficial electoral de su condado le enviará un aviso cuando se haya procesado su solicitud.
- El registro de votantes cierran 21 dias antes de una eleccion. Para ser eligible para votar en una eleccion, su solicitud tiene que ser matasellado en o antes de esa fecha.
- Si usted decide no registrarse para votar, esta decisión siempre será confidencial y sólo se utilizará la información para estadísticas de registro de votantes. Si usted decide sí registrarse, la información respecto a la oficina en que haga su solicitud también será confidencial y sólo se usará para el registro de votantes.
- Si esta forma no está completa podrá ser rechazada.

Números de identificación necesarios para registrarse

Ingrese su número actual de licencia de manejar de Kansas o su número de tarjeta de identificación. Si no tiene ningúno de los dos, ingreses los últimos cuartro números de su seguro social. Si usted no tiene ningúno de estos números, escriba “ningúno” en la caja. El número será usado para cuestiones administrativas solamente y no será divulgado al público. *KSA 25-2309*

Rev. 1/15/19 tc

Escriba con letra de molde en tinta negra, doble la forma por la mitad, ponga estampilla de correos y envíela.

Solicitud de Registro Votante

Si usted presenta una solicitud de registro votante falsa, puede ser declarado culpable y condenado a un máximo de 17 meses en prisión.

Requisitos: Si usted marco “NO” en su respuesta a la pregunta 1 o 2, *no* llene este formulario.

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica? ○ **Sí** ○ **No**

2. ¿Tendrá usted 18 años el día de la elección? ○ **Sí** ○ **No**

Apellido (Por favor escriba con letra de molde)	Nombre	Segundo nombre	Jr. Sr. II III	○ Masculino ○ Femenino
Dirección (Incluya número de apartamento)	Ciudad	Condado	Cógido postal	
Dirección postal (sólo si es distinta a su domicilio)	Ciudad	Cógido postal	Fecha en que se estableció en su lugar de residencia (MM/DD/AA)	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Número telefónico diurno	Número de adquisición de ciudadania o naturalización (sólo si le corresponde)	Número de licencia de manejar (vea las instrucciones)	

Afiliación a un partido político: Escoja una: ○ Demócrata ○ Republicano ○ Libertario ○ Ninguna afiliación de partido

Llene esta parte sólo si usted ya se ha registrado anteriormente	Datos anteriores: Nombre de registro	Dirección de residencia (Ciudad, estado, código postal, condado)

Firma: Juro o afirmo que soy ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica y que resido en el Estado de Kansas, que tendré por lo menos 18 años antes de la elección estatal general, y que si fuí convicto de un crímen, se me han restaurado mis derechos civiles. Que he dejado mi lugar de residencia anterior o cambiado de nombre, y que lo que he escrito al llenar esta forma es verdadero.

Firma	Fecha de hoy (MM/DD/AA)

Para uso administrativo: Ward _____ Pct. _____ School Dist. _____ Member Dist. _____

Sen. _____ Rep. _____ CoComm _____ Section _____ Township _____ Range _____

Scott Schwab, Secretary of State
Memorial Hall, 1st Floor
120 S.W. 10th Avenue
Topeka, KS 66612-1594

OFFICIAL ELECTION MAIL
Authorized by the U.S. Postal Service

Oficina de correos no entrega sin franqueo

County Election Officer

_____ **County**

_____

_____, **KS** _____

Allen County 1 N. Washington Iola, KS 66749	**Coffey County** 110 S. 6th St Rm 202 Burlington, KS 66839	**Geary County** 200 E. 8th St Junction City, KS 66441	**Johnson County** 2101 E. Kansas City Rd Olathe, KS 66061	**Miami County** 201 S. Pearl Ste 102 Paola, KS 66071	**Pratt County** 300 S. Ninnescah / Box 885 Pratt, KS 67124	**Sherman County** 813 Broadway Rm 102 Goodland, KS 67735
Anderson County 100 E. 4th Garnett, KS 66032	**Comanche County** 201 S. New York / Box 776 Coldwater, KS 67029	**Gove County** P.O. Box 128 Gove, KS 67736	**Kearny County** 304 N. Main / Box 86 Lakin, KS 67860	**Mitchell County** 111 S. Hersey / Box 190 Beloit, KS 67420	**Rawlins County** 607 Main Atwood, KS 67730	**Smith County** 218 S. Grant Smith Center, KS 66967
Atchison County 423 N. 5th Atchison, KS 66002	**Cowley County** 321 E. 10th Ave. Winfield, KS 67156	**Graham County** 410 N. Pomeroy Hill City, KS 67642	**Kingman County** 130 N. Spruce Kingman, KS 67068	**Montgomery County** 217 E. Myrtle / Box 446 Independence, KS 67301	**Reno County** 206 W. First Hutchinson, KS 67501	**Stafford County** 209 N. Broadway St John, KS 67576
Barber County 120 E. Washington Medicine Lodge, KS 67104	**Crawford County** 111 E. Forest / Box 249 Girard, KS 66743-0249	**Grant County** 108 S. Glenn Ulysses, KS 67880	**Kiowa County** 211 E. Florida Greensburg, KS 67054	**Morris County** 501 W. Main Council Grove, KS 66846	**Republic County** 1815 M. Street Belleville, KS 66935	**Stanton County** 201 N. Main / Box 190 Johnson, KS 67855
Barton County 1400 Main Rm 202 Great Bend, KS 67530	**Decatur County** P.O. Box 28 Oberlin, KS 67749	**Gray County** P.O. Box 487 Cimarron, KS 67835	**Labette County** 501 Merchant / Box 387 Oswego, KS 67356	**Morton County** 1025 Morton / Box 1116 Elkhart, KS 67950	**Rice County** 101 W. Commercial Lyons, KS 67554	**Stevens County** 200 E. 6th Hugoton, KS 67951
Bourbon County 210 S. National Fort Scott, KS 66701	**Dickinson County** 109 E. First / Box 248 Abilene, KS 67410	**Greeley County** P.O. Box 277 Tribune, KS 67879	**Lane County** 144 S. Lane / Box 788 Dighton, KS 67839	**Nemaha County** 607 Nemaha / Box 186 Seneca, KS 66538	**Riley County** 110 Courthouse Plaza Manhattan, KS 66502	**Sumner County** 501 N. Washington Wellington, KS 67152
Brown County 601 Oregon St Hiawatha, KS 66434	**Doniphan County** P.O. Box 278 Troy, KS 66087	**Greenwood County** 311 N. Main Eureka, KS 67045	**Leavenworth County** 300 Walnut Leavenworth, KS 66048	**Neosho County** 100 S. Main / Box 138 Erie, KS 66733	**Rooks County** 115 N. Walnut Stockton, KS 67669	**Thomas County** 300 N. Court Ave Colby, KS 67701
Butler County 205 W. Central El Dorado, KS 67042	**Douglas County** 1100 Massachusetts St Lawrence, KS 66044	**Hamilton County** 219 N. Main / Box 1167 Syracuse, KS 67878	**Lincoln County** 216 E. Lincoln Ave Lincoln, KS 67455	**Ness County** 202 W. Sycamore Ness City, KS 67560	**Rush County** 715 Elm / Box 220 LaCrosse, KS 67548	**Trego County** 216 Main WaKeeney, KS 67672
Chase County Courthouse Sq / Box 529 Cottonwood Falls, KS 66845	**Edwards County** 312 Massachusetts St Kinsley, KS 67547	**Harper County** 201 N. Jennings Anthony, KS 67003	**Linn County** P.O. Box 350 Mound City, KS 66056	**Norton County** 105 S. Kansas / Box 70 Norton, KS 67654	**Russell County** 4th & Main / Box 113 Russell, KS 67665	**Wabaunsee County** 215 Kansas / Box 278 Alma, KS 66401
Chautauqua County 215 N. Chautauqua Sedan, KS 67361	**Elk County** 127 N. Pine / Box 606 Howard, KS 67349	**Harvey County** 8th & Main / Box 687 Newton, KS 67114	**Logan County** 710 W. 2nd Oakley, KS 67748	**Osage County** 717 Topeka Ave / Box 226 Lyndon, KS 66451-0226	**Saline County** 300 W. Ash / Box 5040 Salina, KS 67402	**Wallace County** P.O. Box 70 Sharon Springs, KS 67758
Cherokee County 110 W. Maple / Box 14 Columbus, KS 66725	**Ellis County** P.O. Box 720 Hays, KS 67601	**Haskell County** 300 Inman / Box 518 Sublette, KS 67877	**Lyon County** 430 Commercial Emporia, KS 66801	**Osborne County** 423 W. Main / Box 160 Osborne, KS 67473	**Scott County** 303 Court St Scott City, KS 67871	**Washington County** 214 C St Washington, KS 66968
Cheyenne County 212 E. Wash. / Box 985 St Francis, KS 67756	**Ellsworth County** 210 N. Kansas Ellsworth, KS 67439	**Hodgeman County** 500 Main Jetmore, KS 67854	**Marion County** 200 S. Third, Suite 104 Marion, KS 66861	**Ottawa County** 307 N. Concord Ste 130 Minneapolis, KS 67467	**Sedgwick County** 510 N. Main Wichita, KS 67203-3798	**Wichita County** 206 S. 4th Drawer 968 Leoti, KS 67861
Clark County 913 Highland St / Box 886 Ashland, KS 67831-0886	**Finney County** 311 N. 9th St., Box M Garden City, KS 67846	**Jackson County** 400 New York Holton, KS 66436	**Marshall County** 1201 Broadway Marysville, KS 66508	**Pawnee County** 715 Broadway Larned, KS 67550	**Seward County** 515 N. Washington Ste 100 Liberal, KS 67901	**Wilson County** 615 Madison Fredonia, KS 66736
Clay County 712 Fifth, Suite 102 Clay Center, KS 67432	**Ford County** 100 Gunsmoke Dodge City, KS 67801	**Jefferson County** P.O. Box 321 Oskaloosa, KS 66066	**McPherson County** 117 N. Maple McPherson, KS 67460	**Phillips County** 301 State St Phillipsburg, KS 67661	**Shawnee County** 3420 SW Van Buren Topeka, KS 66611	**Woodson County** 105 W. Rutledge Rm 103 Yates Center, KS 66783
Cloud County 811 Washington Concordia, KS 66901	**Franklin County** 315 S. Main Ottawa, KS 66067	**Jewell County** 307 N. Commercial Mankato, KS 66956	**Meade County** P.O. Box 278 Meade, KS 67864	**Pottawatomie County** 207 N. 1st / Box 187 Westmoreland, KS 66549	**Sheridan County** 925 9th St / Box 899 Hoxie, KS 67740	**Wyandotte County** 850 State Ave Kansas City, KS 66101