

Solicitud de Beneficios

Esta 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: _____

Revisión inicial _____

Quién entrevistó: _____

Número(s) de caso: _____



¡ALTO! ¿Prefiere postularse 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 familias y mujeres embarazadas. Para solicitar ayuda económica, complete 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 completar 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 la oficina del DCF de su localidad. 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 Mantenimiento Infantil: para hacer cumplir órdenes de mantenimiento 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) en el 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 lo hace, 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 Otro _____ 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, en cuentas de cheques y ahorros en su hogar.... \$ _____

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/cheque/
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 dará esta agencia.

Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Puede pedir en persona el formulario de solicitud en una oficina del DCF, o llamar al 1-888-369-4777 para que le envíen uno por correo.

También puede optar por presentar 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 que no sea de 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 presentar su solicitud en línea, visite: <https://www.kdor.ks.gov/apps/voterreg/default.aspx>.

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 presentar 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, a responder 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

De ser así, cuéntenos sobre esta persona:

Su nombre _____ Su número de teléfono _____

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

De ser así, cuéntenos sobre esta persona:

Su nombre _____ Su número de teléfono _____

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

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Código postal: _____

Domicilio postal: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Código postal: _____

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

Usted: Nunca se ha casado Casado(a) Está casado(a) por derecho consuetudinario Divorciado(a)

Separado(a) 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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> Sí <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"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <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"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <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"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <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"/> 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 en 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. Solo pedimos esta información para fines de informes federales. 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 ni 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 en su hogar, no está obligado a proporcionar el número de Seguro Social por esa persona. Utilizamos los números de Seguro Social para comprobar los ingresos y otra información para determinar quién es elegible para recibir 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
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

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

¿Embarazada? Sí No Fecha de vencimiento _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)



Ayuda Económica TANF



Asistencia alimentaria



Asistencia para Guardería

Ninguno

¿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 del Seguro Social: _____

¿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 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.

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Guameño |
| <input type="checkbox"/> Nativo de otras Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Filipino | | | |

Díganos cómo comunicarnos con usted.

Proporcionamos servicios de interpretación y de traducción. Llene esta sección para ayudarnos a satisfacer sus necesidades.

¿Tiene un idioma principal que no sea el inglés? Sí No

De ser así, escriba a continuación los nombres de los idiomas hablados o escritos. También incluya otras necesidades de comunicación como braille, retransmisión, inglés de señas, 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?

Sí No

En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente:

Medio Tiempo 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
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

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

¿Embarazada? Sí No Fecha de vencimiento _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)



Ayuda Económica TANF



Asistencia alimentaria



Asistencia para Guardería

Ninguno

¿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 del Seguro Social: _____

¿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 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**.

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Guameño |
| <input type="checkbox"/> Nativo de otras Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Filipino | | | |

¿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:

Medio Tiempo 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
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

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

¿Embarazada? Sí No Fecha de vencimiento _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)

Ayuda Económica TANF
 Asistencia alimentaria
 Asistencia para Guardería
 Ninguno

¿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 del Seguro Social: _____

¿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 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**.

<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái
<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Guameño
<input type="checkbox"/> Nativo de otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chino
<input type="checkbox"/> Filipino			

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

Estudiantes

¿La PERSONA 3 es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente: <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> 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
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

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

¿Embarazada? Sí No Fecha de vencimiento _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)

Ayuda Económica TANF
 Asistencia alimentaria
 Asistencia para Guardería
 Ninguno

¿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 del Seguro Social: _____

¿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 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**.

<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái
<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Guameño
<input type="checkbox"/> Nativo de otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chino
<input type="checkbox"/> Filipino			

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

Estudiantes

¿La PERSONA 4 es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente: <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> 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
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

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

¿Embarazada? Sí No Fecha de vencimiento _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)

Ayuda Económica TANF
 Asistencia alimentaria
 Asistencia para Guardería
 Ninguno

¿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 del Seguro Social: _____

¿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 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**.

<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái
<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Guameño
<input type="checkbox"/> Nativo de otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chino
<input type="checkbox"/> Filipino			

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

Estudiantes

¿La PERSONA 5 es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente: <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> 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
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

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

¿Embarazada? Sí No Fecha de vencimiento _____

Solicita: (Marque todas las opciones que correspondan)

Ayuda Económica TANF Asistencia alimentaria Asistencia para Guardería Ninguno

¿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 del Seguro Social: _____

¿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 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**.

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Guameño |
| <input type="checkbox"/> Nativo de otras Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Filipino | | | |

¿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:
 Medio Tiempo 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, asistencia monetaria 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 Reservaciones 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 juicio por 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 o periodo de prueba? 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): _____

La ley federal exige las siguientes preguntas para los fines del programa de asistencia alimentaria únicamente. Si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, asegúrese de indicar los nombres de las personas involucradas.

¿Alguien en 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 en 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 en su hogar 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 posterior al 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?
			<input type="checkbox"/> Sí <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"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <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"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione el nombre del cónyuge: _____ Fecha de matrimonio (si corresponde): _____ Fecha de divorcio (si corresponde): _____ 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione el nombre del cónyuge: _____ Fecha de matrimonio (si corresponde): _____ Fecha de divorcio (si corresponde): _____ 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione el nombre del cónyuge: _____ Fecha de matrimonio (si corresponde): _____ Fecha de divorcio (si corresponde): _____ 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

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información para todos los trabajos. El trabajo por cuenta propia o 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),	Salario por hora o sueldo	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 del empleo: 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:

- Calendario C Calendario D Calendario E Calendario F Calendario K 4797 1065
 1120S Otro _____

Ingresos brutos anuales informados (antes de deducir impuestos) \$ _____ Ingreso mensual estimado (antes de gastos) \$ _____

Ingresos brutos anuales informados (antes de deducir 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
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

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 de menores, pensión alimenticia, Seguro Social, SSI, VA, indemnización por accidente 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/fuente 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 es propietario o cuenta con algún recurso a nombre de él(ella)? 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 qué 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, botes, 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				
Fabricante				
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

De ser 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? Si está rentando, indique el nombre, domicilio y teléfono del propietario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ _____		
¿Es usted propietario o está por adquirir su vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
¿Paga un seguro de hogar que no está incluido en el pago de la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
¿Paga por el cuidado de menores o de las personas a su cargo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
¿Paga manutención de menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Paga gastos de calefacción o refrigeración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, marque a continuación los servicios públicos que usted es responsable de pagar: <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Recolección de basura <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Electricidad/gas para cocinar o iluminación <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno		
¿Usted o alguien en su residencia ha recibido Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIEAP, por sus siglas en inglés) en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, cuándo: _____		
¿Alguien le ayuda a pagar alguno de los gastos domésticos mencionados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿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 Headstart a la que asiste								
Tipo de proveedor	Autorizado por el KDHE <input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Fuera de casa <input type="checkbox"/> En caso de familiares, relación con el menor: _____		Autorizado por el KDHE <input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Fuera de casa <input type="checkbox"/> En caso de familiares, relación con el menor: _____		Autorizado por el KDHE <input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Fuera de casa <input type="checkbox"/> En caso de familiares, relación con el menor: _____		Autorizado por el KDHE <input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Fuera de casa <input type="checkbox"/> En caso de familiares, relación con el menor: _____	

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, responsabilidad 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 sobre 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 cuidado de menores 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.
- La recolección de números de seguro social está autorizada por la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, y sus modificaciones según el Título 7 del Código de los Estados Unidos (USC) 2001-2036.

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



- Acepto que todos los que solicitan y reciben ayuda económica deberán cooperar con requerimientos de trabajo, a menos que se encuentren exentos.
- Entiendo que es posible que no obtengamos ayuda económica si una persona no colabora.
- 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 cigarrillos 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, cigarrillos, 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, como alcohol o cigarrillos, 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 el 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 Niños y Familias de Kansas

Solicitud de beneficios para familias

Derechos y Responsabilidades — Lea y despegue 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:

- **La recopilación de esta información, incluido el número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) de cada miembro del hogar, está autorizada conforme a la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, en su redacción actualmente vigente, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se usará para determinar si su hogar es elegible o sigue siendo elegible para participar en el SNAP. Verificaremos esta información a través de programas de cotejo electrónico de datos. Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento de la normativa del programa y para la gestión del mismo. Esta información también se utilizará para asegurarse de que usted 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 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.**

Infracciones y penalidades

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:
 - Primera sanción
Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF por un mínimo de 3 meses.
 - Segunda sanción
Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF por un mínimo de 6 meses.
 - Tercera sanción
Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF por un mínimo de 1 año.
 - Cuarta sanción y sanciones posteriores
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. El Programa de Asistencia Alimentaria, Empleo y Capacitación (buscar trabajo, prepararse para el empleo y mantener un trabajo) no aplica para asistencia en efectivo y guardería TANF. Las siguientes penalidades aplican a las infracciones por el hecho de no cooperar con el Programa de Asistencia Alimentaria, Empleo y Capacitación sin una buena causa:
 - 1ra infracción
La persona que no cooperó no recibirá Asistencia Alimentaria por un mínimo de 3 meses.
 - 2da infracción
La persona que no cooperó no recibirá Asistencia Alimentaria por un mínimo de 6 meses.
 - 3ra infracción e infracciones posteriores
La persona que no cooperó no recibirá Asistencia Alimentaria por un mínimo de 12 meses.
- III. Servicios de Manutención Infantil: establecer la paternidad de un menor y cobrar la manutención.
 - A. Para la ayuda económica TANF se aplican las siguientes sanciones por no cooperar con los Servicios de Manutención Infantil sin causa justificada:
 - Primera sanción
Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF por un mínimo de 3 meses.
 - Segunda sanción
Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF por un mínimo de 6 meses.
 - Tercera sanción
Su familia no recibirá los beneficios de ayuda económica TANF por un mínimo de 1 año.
 - Cuarta sanción y sanciones posteriores
Su familia perderá los beneficios de ayuda económica TANF por un período de 10 años. Para volver a obtener ayuda económica TANF o asistencia para guardería, debe volver a solicitarlas.
 - 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.

Infracciones y penalidades (cont.)

C. En el caso de la asistencia para el cuidado infantil, si usted no coopera con los Servicios de Manutención Infantil sin causa justificada y no ha vuelto a cooperar en el momento de su próxima revisión de elegibilidad, su solicitud de revisión será denegada y se le aplicarán las siguientes sanciones:

1.ª sanción

La primera vez que se aplique una penalización a su caso de cuidado infantil, su familia no recibirá beneficios de cuidado infantil durante un mínimo de 3 meses.

2.ª sanción

La segunda vez que se aplique una penalización a su caso de cuidado infantil, su familia no recibirá beneficios de cuidado infantil durante un mínimo de 6 meses.

3.ª sanción

La tercera vez que se aplique una penalización a su caso de cuidado infantil, su familia no recibirá beneficios de cuidado infantil durante un mínimo de 12 meses.

4.ª sanción y sanciones posteriores

Si se aplica una penalización a su caso de cuidado infantil por cuarta vez (o más), su familia no obtendrá cuidado infantil durante un periodo de 10 años.

Para volver a recibir la asistencia para el cuidado infantil, debe volver a solicitarla y la persona sancionada debe cooperar con los Servicios de Manutención Infantil.

IV. 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 quedar sujeta a juicio conforme a otras leyes federales y estatales aplicables, y también puede quedar excluida del programa de asistencia alimentaria por otros 18 meses, si así lo ordena el tribunal.

- 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 ni venda las Tarjetas de Beneficios de Kansas.
- No utilice los beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no alimentarios, como alcohol o cigarrillos, ni para pagar cuentas de crédito.

Si hace declaraciones falsas o engañosas y se le declara culpable de declarar falsamente, o cometió algún acto que constituya una violación a la asistencia alimentaria, las regulaciones de asistencia alimentaria o cualquier estatuto estatal con el objetivo de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar beneficios de asistencia alimentaria o tarjetas EBT, no podrá recibir beneficios de 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;
- Por 2 años si intercambió beneficios por sustancias controladas como drogas y es su primera ofensa;
- De manera permanente si intercambió beneficios por sustancias controladas como drogas y es su segunda ofensa;
- No será elegible de manera permanente para participar en el programa de asistencia alimentaria si:
 - Intercambia beneficios de asistencia alimentaria por armas de fuego, municiones o explosivos;
 - Intercambia, compra o vende beneficios de asistencia alimentaria por \$500 o más;
 - Trafica beneficios de asistencia alimentaria incluidos, de manera no limitativa lo siguiente:
 - Comprar, vender, robar o intercambiar beneficios por dinero en efectivo;
 - 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 ni venda las Tarjetas de Beneficios de Kansas.**
- **No usar 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 utilizar 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.

V. 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, ninguna persona que sea condenada por un delito grave cometido después del 22 de agosto de 1996, que incluya como elemento de dicho delito la fabricación, el cultivo, la distribución, la posesión o el uso de una sustancia controlada o de una sustancia análoga de una sustancia controlada, podrá tener 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 de por vida.

El resto del hogar que reciba asistencia alimentaria o ayuda económica TANF puede obtener los beneficios si reúne 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:

<u>Primera vez</u>	6 meses, y debe someterse a una prueba antes de volver a ser elegible.
<u>Segunda vez</u>	12 meses, y debe someterse a una prueba de detección de drogas antes de volver a ser elegible.
<u>Tercera vez</u>	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:

<u>Primera prueba positiva</u>	Se requiere que la persona participe en un tratamiento contra el abuso de sustancias y se inscriba en una capacitación basada en habilidades. Si no lo hace, la persona no será elegible hasta que coopere.
<u>Segunda prueba positiva</u>	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.
<u>Tercera prueba positiva</u>	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

No envíe solicitudes aquí

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en:

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- | | |
|--|--|
| (1) correo:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o | (2) fax:
(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o bien por |
| | (3) correo electrónico:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov |

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

No envíe solicitudes aquí

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 listo 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 incurridos o 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.



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 ayudarlo sin tener que tener 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 hacérselo 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, aun 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 le pida 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 de obtener la información necesaria.

AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de 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 liberación 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 (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

Fecha

Requisitos de trabajo consolidados

Existen reglas laborales para el Programa de Asistencia Alimentaria. De no seguirse estas reglas, sus beneficios de asistencia alimentaria podrían reducirse o finalizar. Es posible que algunas personas en su hogar deban seguir reglas diferentes. No es necesario que todos sigan estas reglas. Es posible que no deba seguirlas si:

- Es menor de 16 años o mayor de 60;
- Cuida a un niño menor de 6 años o a alguien que necesita ayuda para cuidar de sí mismo;
- Ya trabaja 30 horas a la semana;
- Ya gana mínimo \$217.50 a la semana;
- Recibe beneficios de desempleo o solicitó dichos beneficios;
- No puede trabajar por razones físicas o mentales;
- Asiste a la escuela, a la universidad o a un programa de formación al menos a media jornada (pero los estudiantes universitarios están sujetos a otras normas de elegibilidad);
- Cumple las normas laborales del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, sigla en inglés); o
- Participa en un programa de tratamiento de la adicción a las drogas o al alcohol.

Normas de registro laboral

Si está sujeto al requisito de trabajo, debe seguir estas reglas laborales básicas para mantener sus beneficios de asistencia alimentaria:

1. Registrarse para trabajar.
2. Aceptar cualquier oferta laboral que reciba, a menos que exista una razón aceptable para no hacerlo.
3. Si trabaja, no renuncie a su empleo ni decida trabajar menos de 30 horas semanales sin tener una buena razón, como estar enfermo, ser discriminado o no recibir su paga.
4. Infórmenos acerca de su trabajo y cuántas horas está trabajando, si se le pregunta.

Normas de búsqueda de empleo y formación

Si es un adulto sano de entre 18 y 59 años sin personas a su cargo en su hogar y trabaja menos de 30 horas semanales, debe cumplir las normas de búsqueda de empleo y formación. Siga leyendo para saber qué debe hacer. Debe cumplir estas normas si tiene entre 18 y 59 años, no vive con un hijo menor de 18 años y se considera física y mentalmente capaz de trabajar.

Debe participar en el programa obligatorio de búsqueda de empleo y capacitación. Este programa podría hacerle más fácil encontrar un empleo y mantenerlo.

Debe seguir estas reglas para mantener sus beneficios de asistencia alimentaria:

1. Asistir a la orientación del programa laboral. Recibirá una carta con la fecha, hora y lugar de la cita. De no poder asistir a la orientación en esa fecha y hora, debe llamar al número en la carta para reprogramar la cita.
2. Colaborar con su orientador (career navigator) para determinar las actividades apropiadas para usted.
3. Completar las actividades todos los meses. (Le informaremos qué hacer).

Nosotros podemos pagar los costos de su participación en el programa. Estos costos incluyen:

- Transporte
- Cuidado infantil
- Equipo o artículos de seguridad personal
- Cualquier otro gasto necesario y razonable, como herramientas, libros y uniformes

En caso de que no podamos cubrir los costos, serán excusados y no necesitarán cumplir las reglas de búsqueda de empleo y capacitación. Si piensan que hay costos que nosotros debemos cubrir, comuníquense con la Oficina de DCF.

De no seguir las reglas sin una razón aceptable, podrían perder los beneficios de asistencia alimentaria.

Normas sobre plazos

Todos los adultos físicamente capaces sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés) en este caso deben seguir las normas sobre plazos. Estas normas se aplican a usted porque tiene entre 18-52 años, no vive con un hijo menor de 18 años y se le considera física y mentalmente capaz de trabajar. Esto se suele denominar el requisito de trabajo para los ABAWD.

Solo puede obtener beneficios de asistencia alimentaria durante tres (3) meses en tres (3) años, a menos que cumpla con estas reglas de límite de tiempo. Debe seguir estas reglas de límite de tiempo para mantener sus beneficios de asistencia alimentaria:

Pasar al menos 80 horas por mes haciendo una o más de las siguientes actividades:

- Trabajando;
- Participando en un programa laboral o actividades similares aprobadas, o
- Siendo voluntario

Infórmenos si hace alguna de estas tres actividades.

Si trabaja menos de ochenta (80) por mes, debe llamarnos.

Es posible que no tenga que cumplir ninguna de estas normas sobre plazos si:

- Es menor de 18 años o mayor de 53;
- Alguien de su familia es menor de 18 años;
- No trabaja por motivos de salud física o mental;
- Está embarazada;
- No tiene hogar;
- Es un veterano; o
- Es menor de 24 años y estuvo en un hogar de acogida temporal cuando cumplió 18.

llámenos lo antes posible si considera que alguna de las razones anteriores describe su situación. Si determinamos que es así, no es necesario que siga estas reglas de límite de tiempo.

Contaremos cada mes completo que usted reciba beneficios de asistencia alimentaria pero no cumpla con estas normas sobre plazos sin una razón válida. Una vez que hayamos contado 3 meses completos, perderá sus beneficios.

Si comienza a cumplir estas normas sobre plazos, puede volver a recibir los beneficios de asistencia alimentaria. También puede obtener los beneficios nuevamente si hay algún cambio en su vida y hay razones por las cuales ya no debe seguir estas reglas. Por ejemplo, puede volver a recibir los beneficios de asistencia alimentaria si tiene una nueva razón para no trabajar a causa de su salud física o mental.

Puede perder sus beneficios de asistencia alimentaria si no cumple con estas normas laborales y no tiene una buena razón. Si tiene una razón aceptable para no seguir estas normas, llámenos lo antes posible. Entre las razones válidas se incluyen problemas que usted no puede controlar, como enfermarse o no tener transporte. Estos son algunos ejemplos de razones aceptables, pero podrían existir otras. Si determinamos que tiene una razón aceptable, no habrá cambios en sus beneficios de asistencia alimentaria.

Tiene derecho a solicitarle al DCF que haga una revisión formal de la decisión de su caso. El DCF lo llama una audiencia justa. Puede contactar al DCF para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia justa. Si tiene preguntas o necesita más información, llame al DCF al 1-888-369-4777. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

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.

