Departamento para Niños y Familias de Kansas

Solicitud de Beneficios para Ancianos y Personas con Discapacidades

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

Para Use de la Agencia Solamente
Date Received: _____
Date Interviewed: _____
_____ Initial _____ Review
Valid Thru: _____
Worker: _____
Case Number(s): _____

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

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

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

Asistencia General: La Asistencia General (GA por sus siglas en inglés) proporciona acceso a los beneficios médicos durante un tiempo limitado para las personas adultas discapacitadas sin niños. El programa beneficia a quienes no califican para otros programas estatales o federales. Para solicitar Asistencia General, complete todas las secciones donde usted vea el símbolo “G”:

Siga Estos Pasos Para Presentar Su Solicitud

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

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

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

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

Devuelva este formulario a:

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

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

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

   ☐ No ☐ SÌ De ser así, liste el nombre y la fecha de vencimiento: _____

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

   ☐ No ☐ SÌ

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

   ☐ No ☐ SÌ

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

   ☐ No ☐ SÌ

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

6. ¿Paga usted costos de calefacción o refrigeración? ☐ No ☐ SÌ
   De no ser así, ingrese sus gastos en servicios públicos mensuales actuales.
   En ninguno ingrese cero .... $_____

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

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

Agency Use Only

Expedited FS?

☐ No ☐ Yes

Expedited Medical?

☐ No ☐ Yes

Agency Use Only

Rent/Mortgage $_____

SUA/Actual + $_____

TOTAL = $_____

Expected Income $_____

Cash/Check/ Savings + $_____

TOTAL = $_____

Are the household's shelter expenses more than the expected income and resources? ☐ No ☐ Yes

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

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

☐ Asistencia Médica ☐ Asistencia Alimentaria ☐ Asistencia General

Díganos si necesita algunos de los siguientes programas médicos:

☐ Working Healthy ☐ Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad

☐ Centro de Enfermería ☐ Ayuda con los Costos de Medicare

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

Nombre: _____ **Firma:** _____
Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Domicilio Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Particular: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Está Usted: ☐ Soltero: ☐ Casado (Incluye casado de hecho) ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Conviviente

Si está casado o divorciado, liste el/los nombre(s) de su(s) ex cónyuge(s) : _____

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

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

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

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

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

Utilice las secciones de información adicional en la página 14 o 15 si hubiera más de 3 personas en su grupo familiar.

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

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

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

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

Agency Use Only

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

1. ¿Cuáles de las siguientes opciones describe mejor su situación actual de vivienda?

   ☐ hogar propio ☐ alquilando ☐ viviendo con otra persona ☐ vivienda asistida ☐ hospital - fecha de admisión:_____

   ☐ centro de enfermería u otra institución - fecha de admisión: _____ ☐ otra situación de vivienda: _____

   Nombre del centro de enfermería, hospital u otra institución: _____

2. ¿Ha estado usted alguna vez en un hospital o centro de enfermería durante más de 30 días seguidos?

   ☐ No ☐ SÌ De ser así, ¿cuándo?: (mes/día/año hasta mes/día/año): _____

3. ¿Es usted un Veterano?

   ☐ No ☐ SÌ De ser así, liste el número de reclamo de la Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés): _____

4. ¿Ha estado usted alguna vez casado con un veterano?

   ☐ No ☐ SÌ De ser así, liste el nombre del cónyuge veterano: _____

5. ¿Está alguien recibiendo, o ha recibido alguien asistencia médica, alimentaria o productos tribales en este u otro estado?

   ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:

   Qué beneficios: _____Estado: _____Mes/Año: _____

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

   ☐ No ☐ SÌ De ser así, liste el/los nombre(s). _____

   ¿Por qué están viviendo fuera del hogar? _____

   Fecha esperada de regreso: _____

7. ¿Recibe algún miembro del grupo familiar beneficios del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas?

   De ser así, ¿dónde? _____

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

   De ser así, liste el/los nombre(s). _____

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

   De ser así, liste el/los nombre(s). _____

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

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

    ☐ No ☐ SÌ De ser así, liste el/los nombre(s). _____

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

    ☐ No ☐ SÌ De ser así, liste el/los nombre(s). _____

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

    ☐ No ☐ SÌ De ser así, liste el/los nombre(s). _____

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

    ☐ No ☐ SÌ If SÌ, list name(s): _____

C. Cuéntenos Cómo Desea que Nos Comuniquemos Con Usted

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

De ser así, escriba los nombres del idioma hablado y/o escrito en la página siguiente. También incluya otras necesidades de comunicación tales como Braille, retransmisión, lenguaje de señas, Dispositivo de Telecomunicación para Sordos (TDD por sus siglas en inglés), Máquina de Escribir Telegráfica (TTY por sus siglas en inglés), texto con letras de imprenta grandes, Programa Sintetizador de Voz, etc.

C. Cuéntenos Cómo Desea que Nos Comuniquemos Con Usted (continuación)

Nombre	Idioma Hablado	Idioma Escrito	Otras Necesidades

D. Cuéntenos Acerca de Sus Facturas Médicas y Seguro

Necesitamos saber acerca de sus facturas médicas y cualquier cobertura de seguro que usted tenga para decidir en forma correcta su elegibilidad. Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene usted alguna factura médica impaga de los últimos tres meses?

☐ No ☐ SÌ De ser así, liste: _____

_____

2. ¿Desea usted ayuda con las facturas médicas (incluso primas de Medicare) de los últimos tres meses? ☐ No ☐ SÌ

3. ¿Tiene alguien en su grupo familiar Medicare? ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete la información más abajo:

Consulte su Tarjeta Medicare:

Persona con Cobertura	Número de Reclamo Medicare	Tipo de Cobertura marque la(s) casilla(s)	Fecha de Vigencia	Prima Monto	Nombre del Plan
		Parte A ☐			
		Parte B ☐			
		Parte D ☐			
		Parte A ☐			
		Parte B ☐			
		Parte D ☐			
		Parte A ☐			
		Parte B ☐			
		Parte D ☐			

4. ¿Está alguien en su grupo familiar cubierto por otro seguro de salud? ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:
(Adjunte las copias de sus tarjetas de seguro – copie de ambos lados).

Persona con Cobertura	Nombre del Seguro Compañía	Tipo de Cobertura (Hospital, Médica, Rayos X, Otra)	Liste el Monto Mensual de la Prima	Fecha de Vigencia	Número de Póliza/Reclamo

E. Quién Come con Usted

Los grupos familiares de asistencia alimentaria están basados en personas que viven juntas y que compran y cocinan alimentos juntas.
¿Compra y cocina alimentos (o lo hará después de la aprobación) en forma separada de otras personas en su hogar?

☐ No ☐ SÌ ☐ Vive Solo

De ser así, por favor liste sus nombres y la relación con usted: _____

_____

F. Cuéntenos Acerca de los Estudiantes en Su Hogar

Existen normas especiales que aplican a estudiantes. Complete esta información para ayudarnos a decidir si estas normas aplican a su grupo familiar. ¿Está alguna de las personas en su hogar en la escuela secundaria, universidad, o escuela vocacional-técnica?

☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:

Nombre del Estudiante	Nivel	Nombre de la Escuela	MT – Medio Tiempo / TC – Tiempo Completo

G. Cuéntenos si Usted Desea Nombrar a Alguien para que le Ayude con Su Caso

Usted puede nombrar a otra persona para ayudarle a obtener los beneficios. Esta persona puede ayudarle a completar la solicitud, responder las preguntas por usted, y utilizar la tarjeta Vision o tarjeta Medical por usted. Nosotros podremos compartir información con esta persona. Esta persona puede ser un pariente, vecino, amigo, alguien con poder notarial duradero u otra persona de su confianza.

1. Si usted desea que alguien le ayude, complete la información acerca de esta persona más abajo:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____ Departamento #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

¿Cuál es la relación de esta persona con usted (por ejemplo, hijo, amigo, abogado, etc.)? _____

Nombro a la persona antes mencionada para que sea mi representante para solicitar y administrar mis beneficios. Esta persona recibirá copias de cualquier carta acerca de mi caso y será responsable de completar los formularios de revisión e informar los cambios:

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

2. Si usted es aprobado para asistencia alimentaria, recibirá una Tarjeta Vision para tener acceso a sus beneficios. ¿Quiere que la persona antes mencionada tenga acceso a sus beneficios? ☐ No ☐ SÌ
   De no ser así, ¿quiere elegir a otra persona para que le ayude a obtener sus beneficios de asistencia alimentaria? ☐ No ☐ SÌ
   De ser así, complete la siguiente información para esta persona. Esta persona será su representante autorizado. Nosotros podremos compartir información con esta persona y esta persona puede tener acceso a sus beneficios de asistencia alimentaria.

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

H. Cuéntenos Si Usted Está Discapacitado

Nosotros necesitamos saber si alguna persona en su grupo familiar tiene una discapacidad. Nota: La Información Personal de Salud divulgada aquí solo será utilizada para decidir su condición de discapacidad y no será compartida con otras personas. Complete lo siguiente:

1. 1. ¿Tiene alguien en su grupo familiar una discapacidad? ☐ No ☐ SÌ De ser así, quien: _____
   De no ser así, vaya a la Sección I. Nota: Si más de una persona tiene una discapacidad, responda las preguntas para la segunda persona en la página 14 o 15.
2. ¿Reciben estas personas los beneficios de discapacidad del Seguro Social? ☐ No **Complete las preguntas 3 a 6.**
   ☐ SÌ **Vaya a la Sección I**
3. Por favor describa la discapacidad: _____

_____

H. Cuéntenos Si Usted Está Discapacitado (continuación)

4. ¿Cree usted que la discapacidad durará más de 12 meses? ☐ No ☐ SÌ
5. ¿Cree usted que la discapacidad causará la muerte? ☐ No ☐ SÌ
6. ¿Ha solicitado esta persona beneficios del Seguro Social alguna vez ? ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:
   a. ¿Fue denegada la solicitud? ☐ No ☐ SÌ De ser así, cuándo: _____
   b. ¿Está la denegación bajo apelación? ☐ No ☐ SÌ De ser así, estado: _____
   c. ¿Ha empeorado la afección existente desde la denegación del Seguro Social? ☐ No ☐ SÌ De ser así, explique:
   _____
   d. ¿Tiene usted una discapacidad o afección nueva que la Seguridad Social no observó? ☐ No ☐ SÌ De ser así, describa en forma breve the disability: _____
   e. ¿Está un abogado u otra persona ayudándole con la solicitud del Seguro Social para beneficios de discapacidad? ☐ No ☐ SÌ
   De ser así, liste el nombre de la persona y organización: _____ Número de Teléfono: _____

I. Cuéntenos Acerca de Sus Recursos

Nosotros necesitamos saber acerca de sus recursos para decidir si usted puede recibir beneficios. De ser necesario, utilice la página 14 o 15 para listar más información.

1. ¿Posee o tiene alguien en su grupo familiar algún recurso a su nombre?
   ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente: Marque no o sí en cada artículo más abajo.

Tipo de Recurso		Nombre(s) en los Recursos	Monto o Valor	¿Donde está Guardado el Recurso? (Nombre del Banco, Cooperativa o Compañía de Crédito)	Número de Cuenta
Efectivo	☐ No ☐ SÌ				
Cuenta Corriente	☐ No ☐ SÌ				
Cuenta de Ahorros/ Certificado de Depósitos (CD)	☐ No ☐ SÌ				
Cuenta Individual de Retiro (IRA)	☐ No ☐ SÌ				
Cuentas de Centro de Enfermería	☐ No ☐ SÌ				
Acciones y Bonos	☐ No ☐ SÌ				
Planes de Funeral o Sepultura	☐ No ☐ SÌ				
Parcelas para Sepultura	☐ No ☐ SÌ				
Otro: _____					
Otro: _____					
¿Tiene usted un vehículo? ☐ No ☐ SÌ ¿Está registrado en Kansas? ☐ No ☐ SÌ	Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Propietario: _____ Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Propietario: _____				

I. Cuéntenos Acerca de Sus Recursos (continuación)

2. ¿Tiene alguien en su hogar seguro de vida? (Incluya copias de todas las pólizas). ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:

Propietario de la Póliza	Compañía de Seguro	Número de la Póliza	Valor Nominal	Valor en Efectivo

3. ¿Es alguien en su grupo familiar dueño de una casa? ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:

Propietarios:_____Ubicación: _____

Fecha de Compra:_____Valor: _____Monto Adeudado:_____

¿Quién vive en este hogar? _____

Si el propietario no vive allí, explique por qué: _____

Si el propietario no vive allí, ¿Tiene intenciones el propietario de regresar al hogar? ☐ No ☐ SÌ De ser así, ¿cuándo?: _____

_____

4. ¿Posee alguien en su grupo familiar otro bien inmueble (incluyendo edificios, lotes, tierras para cultivos, segunda vivienda)?

☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:

Describa la Propiedad: _____

Ubicación: _____

Propietario(s): _____Valor: _____Monto Adeudado: _____

5. ¿Tiene alguien en su grupo familiar usufructo vitalicio o interés del usufructo en alguna propiedad? ☐ No ☐ SÌ

De ser así, complete lo siguiente:

Describa la Propiedad: _____

Ubicación: _____Propietario(s): _____

Liste la fecha de creación del usufructo vitalicio: _____Valor de la Propiedad: _____

6. ¿Tiene alguien en su grupo familiar un fideicomiso? ☐ No ☐ SÌDe ser así, enumere el tipo, propietarios, propósito y monto más abajo:_____

_____

7. ¿Tiene alguien en su grupo familiar una pensión vitalicia u otra inversión similar, incluso aquellas emitidas como parte de un paquete jubilatorio package? ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:

Propietario(s): _____ Valor: _____

Compañía: _____

Nota: Para asistencia para Cuidado a Largo Plazo, el Estado de Kansas debe ser nombrado como beneficiario de cualquier pensión vitalicia que usted posea y haya sido comprada en o después del 8 de Febrero de 2006. Se le proporcionará más información acerca de este proceso. Usted acepta realizar esta cesión cuando firme la solicitud.

8. ¿Le debe alguien dinero a usted mediante un pagaré u otros préstamos? ☐ No ☐ SÌ De ser así, explique:

_____

I. Cuéntenos Acerca de Sus Recursos (continuación)

9. ¿Tiene alguien en su grupo familiar otros bienes (como ser un vehículo recreativo, remolque, botes, ganadería, derechos de minería, maquinaría, etc.)? ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente: De ser necesario, utilice la página 14 o 15 para listar más información.

   a. Describa el Bien: _____

   Propietario(s): _____ Valor: _____

   b. Describa el Bien: _____

   Propietario(s): _____ Valor: _____

10. ¿Han usted o su cónyuge tomado un préstamo contra cualquier propiedad en los últimos cinco años, incluyendo una segunda hipoteca? ☐ No ☐ SÌ

11. ¿Han usted o su cónyuge renunciado alguna vez a derechos de una herencia o testamento?

    ☐ No ☐ SÌ

12. ¿Han usted o su cónyuge trabajado alguna vez con un abogado para fines de Planificación Estatal?

    ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente: Nombre del Abogado: _____ Fecha: _____

13. ¿Han usted o su cónyuge modificado la posesión, vendido o regalado algún bien en los últimos cinco años (como ser efectivo, certificados de depósito, acciones, casas, tierras u otros bienes)?

    ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:

Fecha en la que Fue Modificada la Posesión	Tipo de Bien	Valor	Regalado/Vendido a:	Propósito

J. Cuéntenos Acerca de sus Ingresos Ganados

Necesitamos saber acerca de todos los ingresos de empleos, empleos por cuenta propia, contratos de trabajo, etc. ¿Trabaja alguien en su grupo familiar por cuenta propia o en un empleo? ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete la información más abajo para todos los empleos. El empleo por cuenta propia incluye ganancias de trabajos eventuales, cuidado de niños, corte de césped, retiro de nieve, ventas de cosméticos, etc. De ser necesario, utilice la página 14 o 15 para listar más información.

Nombre	Nombre, Teléfono y Domicilio de los Empleadores (Si es trabajador por cuenta propia, liste el tipo de negocio)	Sueldo o Salario por Hora	Propinas o Comisiones	Horas Trabajadas Semanal-mente	¿Con que frecuencia le pagan?	Día de la Semana en el cual recibe el Pago

J. Cuéntenos Acerca de sus Ingresos Ganados (continuación)

¿Tiene usted gastos especiales relacionados con su discapacidad que le ayudan a trabajar? (Algunos ejemplos incluyen perros de asistencia, ayuda de cuidado personal, transporte especializado para el trabajo, etc.). ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:

Tipo de Gasto	Monto del Gasto	¿Frecuencia De Pago?

¿Alguien en su grupo familiar ha perdido o abandonado un empleo en los últimos 60 días? ☐ No ☐ SÌ De ser así, complete lo siguiente:

Nombre: _____ Empleador: _____

Último Día Trabajado: _____ Último Pago: $_____ Fecha: _____

Razón: _____

K. Cuéntenos Acerca de Sus Otros Ingresos

Nosotros también necesitamos saber acerca de todos los otros ingresos en su grupo familiar para decidir si usted puede recibir beneficios. Complete el siguiente cuadro: Marque no o sí en cada artículo más abajo. De ser necesario, utilice la página 14 o 15 para listar más información.

Tipo/Fuente de Ingresos		Nombre de la Persona Que Los Recibe	Monto Recibido (antes de la deducciones)	Con qué Frecuencia se Recibe	Número de Reclamo
Beneficios del Seguro Social	☐ No ☐ SÌ	1.			
	☐ No ☐ SÌ	2.			
	☐ No ☐ SÌ	3.			
Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)	☐ No ☐ SÌ	1.			
	☐ No ☐ SÌ	2.			
Beneficios de la Administración de Veteranos.	☐ No ☐ SÌ				
Jubilación del Ferrocarril	☐ No ☐ SÌ				
Pagos de Fideicomiso	☐ No ☐ SÌ				
Rentas Vitalicias	☐ No ☐ SÌ				
Otra Jubilación o Pensión. Fuente: _____	☐ No ☐ SÌ				
Compensación del Trabajador/ Desempleo	☐ No ☐ SÌ				
Regalías de Petróleo / Derechos Minerales / Pagos Tribales	☐ No ☐ SÌ				
Contrato de Venta / Ingreso de Rentas	☐ No ☐ SÌ				
Manutención de Niño	☐ No ☐ SÌ				
Otros Ingresos Fuente 1:_____	☐ No ☐ SÌ				
Fuente 2:_____	☐ No ☐ SÌ				

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

De ser así, liste quién y qué ingresos o beneficios: _____

L. Cuéntenos Acerca de los Gastos de Su Grupo Familiar

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

Tipo de Gasto	Monto	¿Quién Paga?
¿Alquila usted su casa? ☐ No ☐ SÌ Si alquila, liste el nombre, domicilio y teléfono del propietario: _____		
¿Posee usted o está comprando su casa? ☐ No ☐ SÌ		
¿Cuál es el monto mensual de su alquiler o pago de la casa?	$	
Si está alquilando, ¿es esta una vivienda subsidiada, Sección 8, del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD por sus siglas en inglés) u otro? ☐ No ☐ SÌ		
De ser así, cuéntenos el monto que usted está obligado a pagar todos los meses.	$	
¿Paga usted impuestos a la propiedad que no estén incluidos en el pago de la casa? ☐ No ☐ SÌ	$	
¿Paga usted seguro de la propiedad que no está incluido en el pago de la casa? ☐ No ☐ SÌ	$	
¿Paga usted cuidado de niño o personas que dependen de usted? ☐ No ☐ SÌ	$	
¿Paga usted manutención de niño? ☐ No ☐ SÌ Liste el monto pagado y el número de orden judicial para cada niño: _____	$	
Si usted tiene 60 años de edad o más o está discapacitado, ¿tiene algún gasto médico? ☐ No ☐ SÌ Incluya seguro de salud y Primas de Medicare. Utilice la página 14 o 15 para listar más información.	$	

¿Tiene usted algún gasto de servicio público? ☐ No ☐ SÌ

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

De no ser así, marque los siguientes servicios públicos por los cuales usted debe pagar:

☐ Agua ☐ Cloacas ☐ Basura ☐ Teléfono ☐ Electricidad/Gas para cocinar o iluminar ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

¿Ayuda alguien a pagar algunos de los gastos antes mencionados del grupo familiar? ☐ No ☐ SÌ

De ser así cuándo: _____

¿Ayuda alguien a pagar algunos de los gastos antes mencionados del grupo familiar? ☐ No ☐ SÌ

De ser así, ¿con qué gastos recibe ayuda? _____ ¿Cuánto pagan ellos? _____

M. Elija Su Plan de Salud

Si usted fuera aprobado para asistencia médica, sus servicios serán proporcionados por KanCare. Existes 3 planes de salud KanCare entre los cuales elegir. Por favor revise los Temas Relevantes de Servicios Extras y elija su plan. Si usted no elije, le será asignado un plan. Si a usted no le gusta el plan asignado, tendrá al menos 45 días para cambiar de plan. Usted recibirá un paquete de información acerca de su plan.

☐ Amerigroup ☐ Sunflower State Health Plan ☐ UnitedHealthcare

Por Favor Lea esta Información Antes de Firmar Página 13

Derechos, Responsabilidades, y Penalizaciones

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

Condición de Ciudadanía

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

Cambios Que Usted Debe Informar

- Estoy de acuerdo en informar cambios tales como cambos en mi domicilio, cambios en los ingresos, y cambios en las personas que viven en mi hogar.
- Comprendo que mi trabajador me enviará una notificación acerca de los cambios que estoy obligado a informar.
- Yo le informaré a mi trabajador de cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios.

Nosotros Verificaremos la Información Que Usted Nos Proporcione

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

Información Acerca de los Números de Seguro Social

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

Información acerca de Asistencia Alimentaria

- Comprendo que debo informar y verificar los gastos de mi grupo familiar o no obtendré una deducción por ellos.
- Comprendo que no debo utilizar beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no alimenticios, tales como alcohol o cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito.

Información acerca de Cooperación

- Acepto que todas las personas que solicitan y reciben asistencia médica y afirman estar discapacitadas deben cooperar en la determinación de la discapacidad médica presunta.

Información acerca de la Cobertura de Asistencia Médica

- Comprendo que el KDHE-DHCF es responsable de administrar el programa de asistencia médica.

Recursos de Terceras Partes

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

Pagos y Apoyo

- Si nos aprueban para asistencia médica, nosotros aceptamos permitir que los pagos de servicios médicos vayan en forma directa a nuestros médicos y otros proveedores de atención médica.
- Si nos aprueban para asistencia médica, nosotros devolveremos al KDHE-DHCF cualquier pago de ayuda médica que recibamos.

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

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

Derivación del Departamento de Salud

Otorgo mi permiso para que mi nombre y los nombres de aquellos en mi caso, nuestro domicilio, número de teléfono, y estado de elegibilidad sean proporcionados a los proveedores médicos y departamentos locales de salud de manera que ellos puedan proporcionarnos información acerca de los servicios que proporcionan.

☐ No ☐ SÌ

Información acerca del Programa Telefónico Lifeline

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

Permiso para Divulgar Información

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

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

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

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

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

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

Información de Registración como Votante de Kansas

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

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

O, el DCF puede ayudarle con su registración como votante. ¿Desea recibir nuestra ayuda para registrarse a votar?

☐ No ☐ SÌ ☐ Ya estoy registrado donde vivo ahora

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

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

Utilice este espacio para escribir información adicional.

Utilice este espacio para escribir información adicional.

Departamento para Niños y Familias de Kansas
Solicitud de Beneficios para Ancianos y Personas con Discapacidades.
Derechos y Responsabilidades - Lea y Corte para Sus Registros

Los tiempos de procesamiento para su solicitud son:

- dentro de un plazo de 30 días para asistencia alimentaria;
- dentro de un plazo de 45 días para asistencia médica;
- dentro de un plazo de 90 días para discapacidad médica presunta;

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

La siguiente información aplica a todos los programas:

Sus Responsabilidades

Usted tiene una responsabilidad de:

- proporcionar toda la información necesaria para determinar su elegibilidad:
- informar los cambios según sea requerido – nosotros le diremos qué debe ser informado (algunos ejemplos incluyen alguna persona que abandona o que se muda a su casa, cambio en los ingresos, venta de una propiedad, mudanza a un asilo de ancianos, nuevo domicilio, etc.);
- Utilizar e informar al DCF, cualquier recurso que pudiera ayudar a pagar los gastos médicos de su familia (algunos ejemplos incluyen pólizas de seguro, dinero ganado mediante juicios o pagos de ayuda médica) (solamente asistencia médica y en efectivo);
- cooperar con el personal de Aseguramiento de la Calidad si su caso es revisado.

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

- hacer que se le proporcione un intérprete en forma gratuita si el Inglés no es su idioma principal;
- hacer que la información proporcionada al DCF sea mantenida en forma confidencial, a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas del DCF;
- retirar su solicitud en cualquier momento;
- solicitar una audiencia justa dentro de un plazo de 30 días para asistencia médica, o dentro de un plazo de 90 días para asistencia alimentaria si usted no está de acuerdo con la decisión. Para asistencia alimentaria, usted puede solicitar una audiencia justa en forma oral o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del grupo familiar o por un representante como ser un asesor legal, un pariente, un amigo u otro vocero;
- saber que si usted solicita beneficios de asistencia alimentaria, su solicitud no puede ser denegada únicamente porque se le han denegado beneficios para otros programas.
- que sus beneficios sean determinados a partir de la fecha en la cual el DCF recibe la solicitud;
- consideraciones especiales y servicios confidenciales, si usted está en peligro de violencia doméstica o acoso sexual; y
- De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Bajo la Ley de Alimentos y Nutrición y la política de USDA, también está prohibida la discriminación en base a religión o preferencia política.

Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con el USDA o HHS. Escriba a USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington DC, 20250-9410 o llame al (800) 720-5964 (voz o TDD). Escriba a HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) or (202) 619-3257 (TTY). USDA y HHS son proveedores y empleadores que proporcionan igualdad de oportunidades.

Derechos del DCF

El DCF tiene derecho a:

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

Penalizaciones por Fraude

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

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

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

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

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

Penalizaciones por Fraude (continuación)

B. Medicaid - La Ley de Control de Fraude contra Medicaid de Kansas (K.S.A. 2011 Sup. 21-5925 hasta 21-5934 y K.S.A. 2011 Sup. 75-725 y 75-726) convierte en delito realizar un reclamo, declaración o presentación falsa al programa Medicaid, o comercializar un número de Medicaid a cambio de dinero u otra compensación, firmar por servicios que no son recibidos por el receptor de Medicaid o vender o intercambiar por valor mercaderías compradas o provistas bajo el programa Medicaid. Dichos delitos podrían representar una infracción de delito grave castigada con hasta 34 meses de cárcel y una multa de hasta $100,000.

Entrevista

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

☐ Su entrevista ha sido programada en: ->

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

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

☐ Otro: _____

Información Necesaria para Procesar Su Solicitud

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

- Comprobante de dónde vive usted.
- Comprobante de edad e identidad.
- Comprobante de ciudadanía para aquellas personas que desean recibir beneficios.
- Comprobante de condición de no-ciudadanía para aquellas personas que desean recibir beneficios.
- Facturas y recibos de cuidado de dependientes.
- Comprobante de manutención de niño y/o pensión alimentaria pagada o recibida.
- Comprobante de ingresos (talones de pago, declaraciones de ingresos, propiedad rentada/ contratos de ventas, pagos del Gobierno, Compensación de Trabajadores, pensiones, y otros).
- Si trabaja por cuenta propia, proporcione los reintegros federales de impuestos a las ganancias, registros contables, registros de ventas y gastos.
- Seguro de vida y planes de sepelio.
- Recibo de alquiler/pago de vivienda (incluyendo seguro e impuestos a la propiedad).
- Comprobante de gastos médicos tales como medicamentos, facturas del médico y facturas del hospital.
- Tarjetas de seguro de salud e información de primas.
- Estados de cuentas bancarias para cuentas corrientes, cuentas de ahorro, o acciones / bonos / fondos mutuos.
- Comprobante de fondos de fideicomiso y renta vitalicia.
- Otro: _____

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

AD ASTRA PER ASPERA

Kansas

Department for Children
and Families

Strong Families Make a Strong Kansas