Información Necesaria para Procesar Su Solicitud

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

- Comprobante de dónde vive usted.
- Comprobante de edad e identidad.
- Comprobante de ciudadanía para aquellas personas que desean recibir beneficios.
- Comprobante de condición de no-ciudadanía para aquellas personas que desean recibir beneficios.
- Facturas y recibos de cuidado de niños.
- Comprobante de ingresos (talones de pago, declaraciones de ingresos, propiedad rentada/contratos de ventas, pagos del Gobierno, Compensación de Trabajadores, pensiones, y otros).
- Si es empleado autónomo, proporcione los Reintegros Federales de Impuestos a las Ganancias, registros contables, registros de ventas y gastos.

Si usted desea solicitar asistencia alimentaria, médica o asistencia para cuidado de niños, se requiere una solicitud diferente. El sitio Web del SRS en http://www.srskansas.org/ tiene información acerca de beneficios del programa y de las diversas formas de solicitarlos. Usted también puede comunicarse con su oficina local del SRS para más información.

Siga Estos Pasos Para Presentar Su Solicitud

- Complete este formulario o ingrese en línea a www.srskansas.org para realizar la solicitud. Si usted necesita ayuda o tiene preguntas llame al 1-888-369-4777.
- Lea las preguntas cuidadosamente, y responda honestamente.
- Asegúrese de firmar y fechar este formulario. Su solicitud no está completa hasta que está firmada.
- Devuelva este formulario lo antes posible. Si usted es elegible, los beneficios comienzan a partir de la fecha en que se recibe una solicitud firmada en nuestra oficina.
- Envíe este formulario por correo, por fax, o tráigalo a su oficina local del SRS. Puede llevar entre 30 y 45 días antes de que su solicitud sea procesada.

Entrevista

Para asistencia en efectivo, nosotros requerimos una entrevista como parte del proceso de solicitud.

☐ 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: _____.

ES-3100.SPANISH 9 6/09

Abuelos Como Prestadores de Cuidados

Solicitud de Asistencia en Efectivo

KANSAS
DEPARTMENT OF SOCIAL AND REHABILITATION SERVICES

Sustento Económico y Laboral

10. Penalizaciones

Cualquier miembro de su grupo familiar que intencionalmente rompa alguna de las siguientes reglas podría no obtener asistencia en efectivo durante un año por la primer infracción, dos años por la segunda infracción, y en forma permanente por la tercera infracción.

- No mienta ni esconda información para obtener beneficios que su grupo familiar no debería obtener.
- No utilice, o tenga en su posesión, Tarjetas Visión que no sean suyas. No negocie ni venda las Tarjetas Visión, ni utilice la tarjeta de otra persona.

Si usted realiza declaraciones falsas o engañosas acerca de donde vive para duplicar los beneficios en efectivo, usted podría no recibir beneficios en efectivo durante 10 años

11. Por Favor Lea esta Información Antes de Firmar

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.
- Yo le informaré a mi trabajador de cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios.

Derechos, Responsabilidades, y Penalizaciones

- Se me proporcionará una copia de mis derechos y responsabilidades cuando lo solicite.
- Yo entiendo las preguntas en este formulario de solicitud.
- Yo entiendo las penalizaciones por ocultar información. Yo entiendo las penalizaciones por proporcionar información falsa.
- Estoy de acuerdo en que el SRS proporcione mi nombre, domicilio y número de teléfono a compañías telefónicas que participen en la auto inscripción en el Programa Lifeline. El Programa Lifeline proporciona servicio telefónico básico a una tarifa reducida. Yo entiendo que mi información es confidencial y que será utilizada solamente para la inscripción en el Programa Lifeline. Yo entiendo que este programa no es obligatorio y que puedo declinar este servicio comunicándome con mi compañía telefónica local.

Nosotros Verificaremos la Información Que Usted Nos Proporcione

- Yo entiendo que ustedes verificarán la información que yo proporcione en este formulario de solicitud.
- Yo entiendo que ustedes pueden comunicarse con otras agencias tales como oficiales federales, estatales, o locales; empleadores, proveedores médicos, empresas u otras organizaciones financieras, para verificar la información.
- Yo entiendo que ustedes utilizarán la información que verifiquen y que esto podría afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios.
- Yo entiendo que tengo que proporcionar o solicitar un Número del Seguro Social para las personas en mi grupo familiar que están solicitando asistencia.
- Yo entiendo que el SRS utiliza Números del 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.

12. Información Acerca de Cumplimiento de Manutención de Niños

Estoy de acuerdo en ayudar a Cumplimiento de Manutención de Niños (CSE por sus siglas en inglés) a tratar de obtener manutención para los niños para los cuales estoy presentando la solicitud.
Yo ayudaré al CSE a establecer y hacer cumplir órdenes para los niños.
Estoy de acuerdo en dar al SRS toda la manutención de niños para cada persona en mi hogar que recibe asistencia en efectivo.

7. Infórmenos Acerca de Los Ingresos Ganados

¿Está alguno de los niños actualmente trabajando y no asistiendo a la escuela a tiempo completo? ☐ No ☐ Si
Si la respuesta es si, complete lo siguiente: **Se requiere comprobante de ingresos para el/los niño(s) menor(es) de edad.**

Nombre del Niño	Nombre y Número de Teléfono del Empleador	Sueldo / Salario por Hora	Horas Trabajadas Por Semana	Frecuencia De Pago	Fecha del Próximo Cheque de Pago

8. Infórmenos Acerca de Otros Ingresos

¿Tiene(n) el/los niño(s), o recibe usted en su nombre, algún otro ingreso, como por ejemplo manutención de niños, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI por sus siglas en inglés), Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés), compensación de trabajadores, desempleo, dinero de otras personas, fondos fideicomisarios, o cualquier otro ingreso? ☐ No ☐ Si
Si la respuesta es si, complete lo siguiente: **Se requiere comprobante de ingresos para el/los niño(s) menor(es) de edad.**

Nombre del Miembro del Grupo Familiar	Tipo del Otro Ingreso	Monto	Frecuencia con Que es Recibido

9. Firma

Esta solicitud debe ser firmada y fechada para que la solicitud sea considerada completada.

Yo certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender.

Firma del Solicitante Fecha

Firma del Cónyuge u otro Adulto Fecha

Mi firma en esta solicitud significa que he leído y entendido las condiciones más arriba. También autoriza a empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras, proveedores de seguros, y a otras personas y agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar cualquier información a los Servicios Sociales y de Rehabilitación de Kansas, incluyendo información confidencial, necesaria para establecer mi elegibilidad. Toda la información proporcionada en esta solicitud está protegida por leyes estatales y federales de confidencialidad. Una copia de esta autorización es igualmente válida como el original.

5. Infórmenos Acerca de Padres que No Vivan en el Hogar

Por favor liste el nombre de cada niño y complete la información para el padre ausente en las columnas más abajo si la conoce. Si usted necesita más espacio, por favor agregue una hoja de papel adicional. Si hay cualquier orden de manutención existente, Cumplimiento de Manutención de Niños (CSE) podría necesitar copias de cada una de ellas.

Nombre del Niño:				
Nombre del Padre Ausente:	Madre Ausente	Padre Ausente	Madre Ausente	Padre Ausente
Domicilio:				
Número del Seguro Social:				
Fecha de Nacimiento:				
Razón por la cual No está en el Hogar:				
¿Ayudará usted a que el CSE inicie/haga cumplir la orden de manutención para cada niño?	☐ Si ☐ No – Infórmenos por qué más abajo	☐ Si ☐ No – Infórmenos por qué más abajo	☐ Si ☐ No – Infórmenos por qué más abajo	☐ Si ☐ No – Infórmenos por qué más abajo

Si usted respondió no a la última pregunta, infórmenos por qué: _____

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

6. Infórmenos Acerca de Recursos

Nosotros necesitamos saber acerca de sus recursos para decidir si usted puede recibir beneficios. ¿Tiene(n) el/los niño(s) un Fondo Fideicomisario?
☐ No ☐ Si Si la respuesta es si, nosotros podríamos comunicarnos con usted para más información.

¿Posee(n) o tiene(n) a su nombre el/los niño(s) en su grupo familiar algún otro recurso? Por ejemplo: ¿efectivo, caja de ahorro/cuenta corriente/cuenta de cooperativa de crédito, certificados de depósito (CD's por sus siglas en inglés), bonos, acciones, Cuentas Individuales de Retiro (IRA's por sus siglas en inglés), propiedades, o cualquier otro recurso? ☐ No ☐ Si
Si la respuesta es si, por favor complete lo siguiente:

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

3. Infórmenos Cómo Desea que Nos Comuniquemos Con Usted

Nosotros proporcionamos servicios de intérprete y traducción. Complete esta sección para ayudarnos a cubrir sus necesidades.
¿Alguien en su grupo familiar prefiere hablar o leer en otro idioma que no sea inglés? ☐ No ☐ Si

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

Nombre	Idioma Hablado	Idioma Escrito	Otras Necesidades

4. Infórmenos Acerca de Estudiantes en su Hogar

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

Si la respuesta es si, complete lo siguiente:

Nombre del Estudiante	Grado	Nombre de la Escuela	¿A Tiempo Completo – (FT por sus siglas en inglés) o A Tiempo Parcial – TP por sus siglas en inglés)?

Abuelos Como Prestadores de Cuidados
Solicitud de Asistencia en Efectivo

Agency Use Only: ☐ Initial ☐ Review
Date received in agency: _____
Worker: _____ Date Registered: _____
Case No(s): _____
Interview Date: _____

1. Infórmenos Acerca de Usted

El solicitante es el abuelo u otro pariente con quien reside el niño.
Nombre del Solicitante: _____ Teléfono Durante el Día: _____ Teléfono para Mensajes: _____
Domicilio del Hogar: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Domicilio Postal (si fuera diferente): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

2. Infórmenos Acerca de Usted y de las Personas en Su Hogar

Incluya a todas las personas que vivan en su hogar, aún si usted no está presentando una solicitud para ellos. **Se requiere comprobante de parentesco para el/los niño(s) menor(es) de edad.**

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido	Relación con Usted	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social	¿Ciudadano de los Estados Unidos? Si / No	Raza/Grupo Étnico (opcional) Utilice los Códigos Más Abajo		Idioma Hablado	Idioma Escrito	¿Recibe Esta Persona Algún Beneficio del SRS? Si / No
						Raza	Etnia			
	PROPIO									

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** = Hispanic or Latino **N** = Not Hispanic/Latino