Departamento para Niños y Familias de Kansas

Solicitud de Beneficios

ES-3100S
Rev. 07-15

Esta es su solicitud para los programas y servicios ofrecidos por el Departamento para Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés). Responda todas las preguntas de la mejor manera posible. Si el Inglés no es su idioma materno, se le proporcionará un intérprete en forma gratuita para usted. Usted está sujeto a penalizaciones graves por cualquier información falsa o engañosa que proporcione en esta solicitud.

Agency Use Only

Date Received: _____

Date Interviewed: _____

_____ Initial _____ Review

Interview completed by: _____

Case Number(s): _____

¡DETÉNGASE! ¿Preferiría realizar la solicitud en línea? Realice más rápido su solicitud en línea en www.dcf.ks.gov

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

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 en las que usted vea el carro de compras. Usted podría ser elegible para recibir asistencia alimentaria dentro de un plazo de 7 días.

Asistencia en Efectivo de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés): La asistencia en efectivo ayuda a las familias y a las mujeres embarazadas. Para solicitar Asistencia en efectivo de TANF, complete todas las secciones en las que usted vea el símbolo del dólar:

Asistencia para Cuidado de Niños: El programa de subsidios para cuidado de niños proporciona beneficios para ayudar a pagar los costos de cuidado de niños. Para solicitar asistencia para cuidado de niños, complete todas las secciones en las que usted vea el símbolo del adulto y el niño.

Siga Estos Pasos Para Presentar Su Solicitud

- Complete este formulario para presentar la solicitud. Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame al 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.
- Firme y coloque la fecha en este formulario. Su solicitud no está completa hasta que está firmada.
- Si usted 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 tan pronto como sea posible. Si usted es elegible, algunos beneficios comienzan desde 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 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 necesita más información o desea presentar una 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 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 Determinar si Usted Puede Obtener Asistencia Alimentaria Más Rápido.

Si usted tiene poco o nada de dinero, tal vez podamos conseguir asistencia alimentaria para usted dentro de un plazo de 7 días. Complete esta sección para ayudarnos a determinar si usted puede obtener los beneficios más rápido.

1. ¿Será el ingreso bruto mensual de su grupo familiar (previo a la deducción de impuestos) menor a $150?

   ☐ No ☐ Sí

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

   ☐ No ☐ Sí

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

   ☐ No ☐ Sí

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

5. ¿Paga usted costos de calefacción o refrigeración? ☐ No ☐ Sí

   De no ser así, marque los siguientes servicios por cuyo pago usted **es** responsable e ingrese el monto total (si no es responsable por ninguno, ingrese cero) ..... $_____

   ☐ Agua ☐ Cloacas ☐ Recolección de Basura ☐ Teléfono
   ☐ Electricidad/gas para cocinar o iluminar ☐ Otros _____ ☐ Ninguno

6. Ingrese el ingreso bruto de su grupo familiar (previo a la deducción de impuestos) esperado para este mes ..... $_____

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

Agency Use Only

Expedited FA?

☐ No ☐ Sí

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 ☐ Sí

B. Servicios Especiales

Si usted ha sido víctima de violencia doméstica o agresión sexual en los últimos 5 años, podría ser elegible para obtener consideraciones y servicios especiales. Si desea averiguar acerca de los servicios disponibles y tener una entrevista confidencial, marque esta casilla: ☐

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

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

_____ _____

Firma Fecha

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

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

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

Domicilio:_____ Ciudad:_____ Condado:_____ Código Postal:_____

Domicilio Postal:_____ Ciudad:_____ Condado:_____ Código Postal:_____

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

Está Usted: ☐ Nunca Casado/a ☐ Casado/a ☐ Conviviendo ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a
☐ Viudo/a ☐ Miembro de una Pareja no Casada

Utilice este espacio para escribir información adicional.

D. 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 todas las personas los que viven con usted aún si no necesitan asistencia. También liste a cualquier persona que normalmente viva con usted, aunque se encuentre de viaje en este momento. Los grupos familiares de asistencia alimentaria están basados en personas que viven juntas y que compran y cocinan juntas. **Liste todas las personas con las que usted vive:**

Primer nombre, Inicial del Segundo, Apellido	Relación con usted	¿Está usted presentando la solicitud para esta persona?	¿Compra y cocina alimentos (o lo hará luego de la aprobación) con esta persona?
	Yo mismo/a	☐ No ☐ Sí	☑ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
		☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí

E. Cuéntenos Acerca de Usted y de Todas las Personas para Quienes Usted está Presentando la Solicitud

Estas son las personas que usted debe incluir en esta solicitud para todos los programas:

- Usted mismo/a – Complete la Persona 1 para usted
- Si está casado/a, su cónyuge
- Sus niños que vivan con usted (para asistencia alimentaria esto incluye a los niños de hasta 22 años de edad)
- Para asistencia alimentaria, cualquier padre de un niño de 21 años de edad o menos que viva con usted
- Su novio/a que viva con usted
- Para asistencia alimentaria, cualquier persona con la que usted compra y prepara alimentos

Complete la información para cada persona en su grupo familiar para quienes está presentando la solicitud. Comience con usted. Si usted debe incluir más de cuatro personas de su grupo familiar, por favor adjunte otra hoja de papel.

Debe proporcionarse la condición de ciudadanía/migratoria de todas las personas para quienes está presentando la solicitud. Si usted solicita asistencia alimentaria y/o en efectivo de TANF 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.

Usted puede elegir no mencionar 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 de Seguro Social: Se requiere un número de Seguro Social para cada persona para la que se solicita asistencia alimentaria y/o en efectivo de TANF. Si usted, sin una buena causa, no proporciona o presenta una solicitud para obtener un número de Seguro Social, esa persona no podrá obtener los beneficios. Si usted no está presentando una solicitud para determinada(s) persona(s) en su grupo familiar, no se requiere que proporcione un número de Seguro Social para esa(s) persona(s). Utilizamos los números de Seguro Social para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para la asistencia. Si alguien no tiene un número de Seguro Social, llame al 800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov.

Su información es privada:

- Mantendremos su información privada de acuerdo con lo exigido por la ley.
- Utilizaremos la información en este formulario solamente para ver si usted califica para los beneficios.

PERSONA 1 – Complete con sus datos.

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	¿Relación con usted?
				USTED

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

Si está solicitando asistencia alimentaria solamente, no necesita responder esta pregunta:

¿Embarazada? ☐ No ☐ Sí Fecha de Parto _____

Presentando la solicitud para: (Marque todos los que apliquen)

☐ **Asistencia en Efectivo de TANF** ☐ **Asistencia Alimentaria** ☐ **Asistencia para Cuidado de Niños** ☐ **Ninguno**

¿Tiene usted una discapacidad? ☐ No ☐ Sí De ser así, por favor explique:_____

_____

De ser así, ¿está interesado/a en obtener los servicios para ayudarle a obtener un empleo competitivo e integrado? ☐ No ☐ Sí

De ser así, ¿durará la discapacidad por lo menos 12 meses? ☐ No ☐ Sí

¿Es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ☐ No ☐ Sí Ciudad y estado de nacimiento:_____

Si usted no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ¿tiene una condición migratoria que le permite ser elegible?

☐ No ☐ Sí

Tipo de documento: _____ Número de Identificación: _____

¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? ☐ No ☐ Sí

Raza y Etnia (OPCIONAL – marque todas las que apliquen)

☐ Blanco/a
☐ Negro/a o Afroamericano/a
☐ Chino/a
☐ Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska
☐ Indio/a Asiático/a
☐ Filipino/a
☐ Japonés/esa
☐ Coreano/a
☐ Vietnamita
☐ Otras Asiáticas
☐ Hawaiano/a Nativo/a
☐ Guaymeño/a o Chamorro/a
☐ Samoano/a
☐ Otro/a Isleño/a del Pacífico
☐ Otra

Si es Hispano/a-Latino/a, la etnia es (marque todas las que apliquen)

☐ Mexicano/a ☐ Mexicano/a Americano/a ☐ Chicano/a ☐ Portorriqueño/a ☐ Cubano/a ☐ Otra

Díganos Cómo Comunicarnos con Usted

Nosotros proporcionamos servicios de intérprete y traducción. Complete esta sección para ayudarnos a cubrir sus necesidades.

¿Tiene usted otro idioma materno que no sea el Inglés? ☐ No ☐ Sí

De ser así, escriba los nombres de los idiomas que habla y/o escribe 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.

Idioma hablado	Idioma escrito	Otras necesidades

Estudiantes

¿Es usted estudiante?	De ser así, por favor complete lo siguiente:
☐ No ☐ Sí	☐ Tiempo parcial ☐ Tiempo completo Nivel: _____ Dónde está inscripto:_____

PERSONA 2 – Complete para su cónyuge, niños y otras personas para quienes está presentando la solicitud.

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	¿Relación con usted?

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

Si está solicitando asistencia alimentaria solamente, no necesita responder esta pregunta:

¿Embarazada? ☐ No ☐ Sí Fecha de Parto _____

Presentando la solicitud para: (Marque todos los que apliquen)

☐ **Asistencia en Efectivo de TANF** ☐ **Asistencia Alimentaria** ☐ **Asistencia para Cuidado de Niños** ☐ **Ninguno**

¿Tiene la **PERSONA 2** una discapacidad? ☐ No ☐ Sí De ser así, por favor explique: _____

_____

De ser así, ¿durará la discapacidad por lo menos 12 meses? ☐ No ☐ Sí

¿Es la **PERSONA 2** un ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ☐ No ☐ Sí

Ciudad y estado de nacimiento: _____

Si la **PERSONA 2** no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ¿tiene una condición migratoria que le permite ser elegible?
☐ No ☐ Sí

Tipo de documento:_____ Número de Identificación:_____

¿Ha vivido la **PERSONA 2** en los Estados Unidos desde 1996? _____

Raza y Etnia (OPCIONAL – marque todas las que apliquen)

☐ Blanco/a
☐ Negro/a o Afroamericano/a
☐ Chino/a
☐ Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska
☐ Indio/a Asiático/a
☐ Filipino/a
☐ Japonés/esa
☐ Coreano/a
☐ Vietnamita
☐ Otras Asiáticas
☐ Hawaiano/a Nativo/a
☐ Guaymeño/a o Chamorro/a
☐ Samoano/a
☐ Otro/a Isleño/a del Pacífico
☐ Otra

Si es Hispano/a-Latino/a, la etnia es (marque todas las que apliquen)

☐ Mexicano/a ☐ Mexicano/a Americano/a ☐ Chicano/a ☐ Portorriqueño/a ☐ Cubano/a ☐ Otra

Estudiantes

¿Es la **PERSONA 2** estudiante?
☐ No ☐ Sí

De ser así, por favor complete lo siguiente:
☐ Tiempo parcial ☐ Tiempo completo Nivel: _____
Dónde está inscripto:_____

Utilice este espacio para escribir información adicional.

PERSONA 3 – Complete para su cónyuge, niños y otras personas para quienes está presentando la solicitud.

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	¿Relación con usted?

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

Si está solicitando asistencia alimentaria solamente, no necesita responder esta pregunta:

¿Embarazada? ☐ No ☐ Sí Fecha de Parto _____

Presentando la solicitud para: (Marque todos los que apliquen)

☐ **Asistencia en Efectivo de TANF** ☐ **Asistencia Alimentaria** ☐ **Asistencia para Cuidado de Niños** ☐ **Ninguno**

¿Tiene la **PERSONA 3** una discapacidad? ☐ No ☐ Sí De ser así, por favor explique: _____

De ser así, ¿durará la discapacidad por lo menos 12 meses? ☐ No ☐ Sí

¿Es la **PERSONA 3** un ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ☐ No ☐ Sí

Ciudad y estado de nacimiento: _____

Si la **PERSONA 3** no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ¿tiene una condición migratoria que le permite ser elegible?
☐ No ☐ Sí

Tipo de documento:_____ Número de Identificación:_____

¿Ha vivido la **PERSONA 3** en los Estados Unidos desde 1996? _____

Raza y Etnia (OPCIONAL – marque todas las que apliquen)

☐ Blanco/a
☐ Negro/a o Afroamericano/a
☐ Chino/a
☐ Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska
☐ Indio/a Asiático/a
☐ Filipino/a
☐ Japonés/esa
☐ Coreano/a
☐ Vietnamita
☐ Otras Asiáticas
☐ Hawaiano/a Nativo/a
☐ Guaymeño/a o Chamorro/a
☐ Samoano/a
☐ Otro/a Isleño/a del Pacífico
☐ Otra

Si es Hispano/a-Latino/a, la etnia es (marque todas las que apliquen)

☐ Mexicano/a ☐ Mexicano/a Americano/a ☐ Chicano/a ☐ Portorriqueño/a ☐ Cubano/a ☐ Otra

Estudiantes

¿Es la **PERSONA 3** estudiante?
☐ No ☐ Sí

De ser así, por favor complete lo siguiente:
☐ Tiempo parcial ☐ Tiempo completo Nivel: _____
Dónde está inscripto:_____

Utilice este espacio para escribir información adicional.

PERSONA 4 – Complete para su cónyuge, niños y otras personas para quienes está presentando la solicitud.

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	¿Relación con usted?

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

Si está solicitando asistencia alimentaria solamente, no necesita responder esta pregunta:

¿Embarazada? ☐ No ☐ Sí Fecha de Parto _____

Presentando la solicitud para: (Marque todos los que apliquen)

☐ **Asistencia en Efectivo de TANF** ☐ **Asistencia Alimentaria** ☐ **Asistencia para Cuidado de Niños** ☐ **Ninguno**

¿Tiene la **PERSONA 4** una discapacidad? ☐ No ☐ Sí De ser así, por favor explique: _____

De ser así, ¿durará la discapacidad por lo menos 12 meses? ☐ No ☐ Sí

¿Es la **PERSONA 4** un ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ☐ No ☐ Sí

Ciudad y estado de nacimiento: _____

Si la **PERSONA 4** no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ¿tiene una condición migratoria que le permite ser elegible?
☐ No ☐ Sí

Tipo de documento:_____ Número de Identificación:_____

¿Ha vivido la **PERSONA 4** en los Estados Unidos desde 1996? _____

Raza y Etnia (OPCIONAL – marque todas las que apliquen)

☐ Blanco/a
☐ Negro/a o Afroamericano/a
☐ Chino/a
☐ Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska
☐ Indio/a Asiático/a
☐ Filipino/a
☐ Japonés/esa
☐ Coreano/a
☐ Vietnamita
☐ Otras Asiáticas
☐ Hawaiano/a Nativo/a
☐ Guaymeño/a o Chamorro/a
☐ Samoano/a
☐ Otro/a Isleño/a del Pacífico
☐ Otra

Si es Hispano/a-Latino/a, la etnia es (marque todas las que apliquen)

☐ Mexicano/a ☐ Mexicano/a Americano/a ☐ Chicano/a ☐ Portorriqueño/a ☐ Cubano/a ☐ Otra

Estudiantes

¿Es la **PERSONA 4** estudiante?
☐ No ☐ Sí

De ser así, por favor complete lo siguiente:
☐ Tiempo parcial ☐ Tiempo completo Nivel: _____
Dónde está inscripto:_____

Si está presentando la solicitud para más de 4 personas, por favor adjunte otra hoja de papel.

Utilice este espacio para escribir información adicional.

E. Cuéntenos Acerca de Usted y de Todas las Personas para Quienes Usted está Presentando la Solicitud (continuación)

¿Está alguien recibiendo, o ha recibido alguien asistencia en efectivo de TANF, alimentaria o para cuidado de niños, en este o en otro estado? ☐ No ☐ Sí De ser así, complete lo siguiente:
Qué beneficios: _____ Estado:_____ Mes/Año_____

¿Recibe algún miembro del grupo familiar beneficios del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas?
☐ No ☐ Sí De ser así, ¿dónde?_____

¿Está algún miembro del grupo familiar viviendo fuera del hogar? ☐ No ☐ Sí
De ser así, liste el/los nombre(s):_____
¿Por qué están viviendo fuera del hogar?_____
Fecha esperada de regreso: _____

¿Ha usted, o algún miembro de su grupo familiar, prestado servicios en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?
☐ No ☐ Sí De ser así, liste el/los nombre(s):_____

¿Es usted el/la cónyuge o viudo/a de alguien que prestó servicios en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?
☐ No ☐ Sí De ser así, liste el/los nombre(s):_____

¿Tiene usted un número de expediente de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)? ☐ No ☐ Sí
De ser así, ¿cuál es su número de archivo de VA?_____

Las siguientes preguntas son requeridas por ley federal para los fines de los programas de asistencia alimentaria y en efectivo de TANF solamente.

¿Está alguien en su grupo familiar escapando de una demanda por delitos graves o de la cárcel? ☐ No ☐ Sí
De ser así, liste el/los nombre(s): _____

¿Está alguien en su grupo familiar violando la libertad condicional o libertad bajo palabra? ☐ No ☐ Sí
De ser así, liste el/los nombre(s): _____

La siguiente pregunta es requerida por ley estatal para los fines del programa de asistencia en efectivo de TANF solamente.
¿Tiene alguien en su grupo familiar una condena por delito grave relacionado con drogas de fecha 1 de Julio de 2013 o posterior?
☐ No ☐ Sí De ser así, liste el/los nombre(s):_____

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

¿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 ☐ Sí
De ser así, liste el/los nombre(s):_____

¿Ha sido alguien en su grupo familiar condenado por comprar o vender beneficios de asistencia alimentaria por más de $500 después del 22 de septiembre de 1996? ☐ No ☐ Sí
De ser así, liste el/los nombre(s):_____

¿Ha sido alguien en su grupo familiar condenado por duplicar en forma fraudulenta beneficios de asistencia alimentaria en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996? ☐ No ☐ Sí
De ser así, liste el/los nombre(s):_____

¿Ha sido alguien en su grupo familiar condenado por comercializar beneficios de asistencia alimentaria a cambio de armas, municiones, o explosivos después del 22 de Septiembre de 1996? ☐ No ☐ Sí
De ser así, liste el/los nombre(s):_____

¿Tiene alguien en su grupo familiar una condena por delito grave relacionado con drogas de fecha 1 de julio de 2015 o posterior? ☐ No ☐ Sí
De ser así, liste el/los nombre(s):_____

F. ¿Desea Elegir a Alguien que le Ayude a Obtener sus Beneficios?

Usted puede nombrar a otra persona para que le ayude a obtener sus beneficios. Esta persona puede ayudarle a completar la solicitud, responder las preguntas por usted y utilizar la Tarjeta de Beneficios de Kansas por usted. Nosotros podremos compartir información con esta persona. Esta persona será su representante autorizado. ¿Desea tener a alguien que le ayude?

☐ No ☐ Sí

De ser así, cuéntenos acerca de esta persona:

Su nombre_____ Su número de teléfono_____

Su domicilio_____ Ciudad_____ ESTADO_____ Código Postal_____

¿Desea que la persona antes mencionada tenga acceso a sus beneficios? ☐ No ☐ Sí

De ser así, ¿cuáles beneficios? ☐ Asistencia alimentaria ☐ Asistencia en efectivo de TANF ☐ Asistencia para cuidado de niños

De no ser así, ¿desea elegir a otra persona para que tenga acceso a sus beneficios? Esta persona será su representante autorizado y podrá tener acceso a sus beneficios. Nosotros también podremos compartir información con esta persona.

☐ No ☐ Sí

De ser así, cuéntenos acerca de esta persona:

Su nombre_____ Su número de teléfono_____

Su domicilio_____ Ciudad_____ ESTADO_____ Código Postal_____

De ser así, ¿cuáles beneficios? ☐ Asistencia alimentaria ☐ Asistencia en efectivo de TANF ☐ Asistencia para cuidado de niños

G. Cuéntenos Acerca de los Padres de Cada Niño en Su Hogar

Necesitamos saber cómo están relacionadas las personas en su grupo familiar. Liste el nombre de cada niño, y los nombres de ambos padres incluso si los padres no viven juntos. Para los bebés por nacer, escriba “aún por nacer”. Si necesita más espacio, utilice el espacio abajo.

Nombre del niño/ niño por nacer	Nombre de la madre	Nombre del padre	¿Estaba la madre casada con el padre cuando nació el niño?
			☐ No ☐ Sí
			☐ No ☐ Sí
			☐ No ☐ Sí
			☐ No ☐ Sí
			☐ No ☐ Sí
			☐ No ☐ Sí

Utilice este espacio para escribir información adicional.

H. Cuéntenos Acerca de los Padres que No Viven en el Hogar

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

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

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

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

I. Cuéntenos Acerca de Sus Recursos

Necesitamos saber acerca de sus recursos para determinar si usted puede recibir beneficios. ¿Tiene alguien en su grupo familiar un fideicomiso? ☐ No ☐ Sí If yes name(s): _____
Podríamos comunicarnos con usted para obtener más información.

¿Posee o tiene alguien en su grupo familiar algún recurso a su nombre? Por ejemplo: ¿dinero en efectivo, cuentas corrientes/ de ahorro/de cooperativa de crédito, certificados de depósito (CD), bonos, acciones, cuentas individuales de retiro (IRA, por sus siglas en inglés), propiedades, o cualquier otro recurso? ☐ No ☐ Sí
De ser así, complete la siguiente información. De ser necesario, utilice la página 12 para listar más información.

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

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

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

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

Información adicional para vehículo(s):

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 tiene un empleo? ☐ No ☐ Sí
De ser así, complete la información más abajo para todos los empleos. Empleo por cuenta propia incluye las ganancias de trabajos eventuales, cuidado de niños, corte de césped, retiro de nieve, ventas de cosméticos, etc. De ser necesario, utilice la página 12 para listar más información.

Nombre	Nombre del Empleador, Teléfono y Domicilio (si es trabajador por cuenta propia, liste el tipo de negocio)	Sueldo o Salario por Hora	Propinas o Comisiones	Horas Trabajadas Semanalmente	¿Con que frecuencia le pagan?	Día de la Semana en el cual recibe el Pago

Complete la sección siguiente si alguna de las personas para quien está presentando la solicitud trabaja por cuenta propia:
Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia: _____ Nombre del negocio: _____
Tipo de negocio:_____
¿Cuándo comenzó el negocio? _____ ¿Se declararon los impuestos sobre estos ingresos el año pasado? ☐ No ☐ Sí
De ser así, ¿qué formulario del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) presentó usted para este impuesto? Marque todas las que apliquen:

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

Ingreso bruto anual informado (previo a la deducción de impuestos) $_____
Ingresos mensuales estimados (previo a gastos) $_____
Gasto bruto anual informado (previo a la deducción de impuestos) $_____
Gastos mensuales estimados $_____
¿Tiene usted cambios predecibles en los ingresos (en más o en menos) durante un año normal debido a que sus ingresos son de trabajo estacional como trabajar para un sistema escolar, preparación de impuestos, colocación de techos, construcción o actividad agrícola? ☐ No ☐ Sí
De ser así, por favor complete:

Nombre	Tipo de ingreso	Ingresos totales de este año	Ingresos totales del año próximo
		$	$
		$	$
		$	$
		$	$

¿Alguien en su grupo familiar ha perdido o abandonado un empleo en los últimos 6 meses?
Nombre(s)_____ Empleador_____
Último pago: $_____ Fecha_____ Finalización del empleo: Mes _____ Día_____ Año_____
Motivo(s): _____
_____
_____

K. Cuéntenos Acerca de Sus Otros Ingresos

También necesitamos saber acerca de todos los otros ingresos en su grupo familiar para determinar si usted puede recibir beneficios. ¿Alguien en su grupo familiar, incluso los niños, recibe otros ingresos – como ser manutención de niño, pensión alimentaria, Seguridad Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), Administración de Veteranos (VA), compensación de trabajadores, beneficios por desempleo, otras pensiones/jubilaciones, dinero de otras personas o cualquier otro ingreso? ☐ No ☐ Sí

De ser así, complete abajo la información para todos los tipos de ingreso. De ser necesario, utilice la sección abajo para listar más información.

Tipo/fuente de ingresos	Nombre de la persona que los recibe	Monto recibido	Con qué frecuencia se recibe

¿Ha alguien solicitado otros ingresos o beneficios? ☐ No ☐ Sí

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

_____

_____

Utilice este espacio para escribir información adicional.

L. Cuéntenos Acerca de los Gastos de Su Grupo Familiar

Para ayudarnos a determinar 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 ☐ Sí Si alquila, liste el nombre, domicilio y teléfono del propietario: _____ _____		
¿Posee usted o está comprando su casa? ☐ No ☐ Sí		
¿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 ☐ Sí		
De ser así, cuéntenos el monto que usted está obligado a pagar todos los meses.....	$	
¿Paga usted impuestos a la propiedad que no están incluidos en el pago de la casa? ☐ No ☐ Sí	$	
¿Paga usted seguro de la propiedad que no está incluido en el pago de la casa? ☐ No ☐ Sí	$	
¿Paga usted cuidado de niño o personas que dependen de usted? ☐ No ☐ Sí	$	
¿Paga usted manutención de niño? ☐ No ☐ Sí 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? Incluya seguro de salud y primas de Medicare. Utilice la página 12 para listar más información. ☐ No ☐ Sí	$	

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

¿Paga usted costos de calefacción o refrigeración? ☐ No ☐ Sí

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

☐ Agua ☐ Cloacas ☐ Recolección de Basura ☐ Teléfono ☐ Electricidad/gas para cocinar o iluminar

☐ Otros _____ ☐ Ninguno

¿Ha recibido usted o alguien en su residencia Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos (LIEAP, por sus siglas en inglés)? ☐ No ☐ Sí

De ser así cuándo: _____

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

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

Utilice este espacio para escribir información adicional.

M. Cuéntenos si Usted Tiene Necesidades de Cuidado de Niño

Para ayudarnos a determinar si puede recibir beneficios de cuidado de niño, cuéntenos por qué necesita ayuda con los gastos de cuidado de niño (marque todas las que apliquen):

☐ Tengo un empleo. ¿Están todos los adultos en su hogar trabajando por lo menos 28 horas por semana? ☐ No ☐ Sí

☐ Voy a la escuela/capacitación.

☐ Otros – explique: _____

¿Necesita usted ayuda para encontrar cuidado de niños de calidad? ☐ No ☐ Sí

Por favor complete la información abajo para cada niño que necesita cuidado de niños. Utilice la Página 12 si necesita cuidado de niños para más de 4 niños.

Proporcione lo siguiente para cada niño	**Nombre del niño**	**Nombre del niño**	**Nombre del niño**	**Nombre del niño**
	Liste la Información del proveedor de cuidado de niños abajo del nombre de cada niño			
Nombre del proveedor				
Domicilio				
Número de teléfono				
Cronograma laboral/ escolar del padre **(cronograma laboral/escolar diario)**	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**
	Lunes	**Lunes**	**Lunes**	**Lunes**
	Martes	**Martes**	**Martes**	**Martes**
	Miércoles	**Miércoles**	**Miércoles**	**Miércoles**
	Jueves	**Jueves**	**Jueves**	**Jueves**
	Viernes	**Viernes**	**Viernes**	**Viernes**
	Sábado	**Sábado**	**Sábado**	**Sábado**
	Domingo	**Domingo**	**Domingo**	**Domingo**
Cronograma escolar del niño **(cronograma escolar diario)**	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**	**Día: AM/PM - AM/PM**
	Lunes	**Lunes**	**Lunes**	**Lunes**
	Martes	**Martes**	**Martes**	**Martes**
	Miércoles	**Miércoles**	**Miércoles**	**Miércoles**
	Jueves	**Jueves**	**Jueves**	**Jueves**
	Viernes	**Viernes**	**Viernes**	**Viernes**
	Sábado	**Sábado**	**Sábado**	**Sábado**
	Domingo	**Domingo**	**Domingo**	**Domingo**
Nivel escolar y nombre de la escuela del niño/headstart				

Por Favor Lea esta Información Antes de Firmar la Página 19

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.

Cambios que debe informar

- Estoy de acuerdo en informar cambios tales como cambios en mi domicilio, cambios en los ingresos, cambios en el cuidado de niños, y cambios en las personas que viven en mi hogar.
- Comprendo que seré notificado acerca de los cambios que estoy obligado a informar.
- Informaré al DCF acerca de cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios.

Nosotros verificaremos la información que usted nos proporcione

- Comprendo que ustedes verificarán la información que yo proporcione en este formulario de solicitud.
- Comprendo que ustedes pueden comunicarse con otras agencias tales como funcionarios federales, estatales, o locales, empleadores, proveedores médicos, empresas, organizaciones financieras, 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 DCF utiliza 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 los Servicios de Manutención de Niño

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

Información Acerca de los Gastos de Asistencia Alimentaria

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

Información Acerca de la Cooperación del Programa de Trabajo

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

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

- Comprendo que mis beneficios de asistencia en efectivo de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) no pueden ser comerciados/usados en ninguna licorería, casino, casino de apuestas o establecimiento de juegos, joyería, salón de tatuajes, salón de masajes, salón de perforaciones en el cuerpo, spa, salón de manicura, tienda de lencería, tabaquería, tienda de cigarrillos de vapor, tiendas de adivinación o parapsicología, empresas de fianzas, sala de videojuegos, cine, pileta de natación, crucero, parque temático, instalación de carrera de perros o caballos, sitios de apuestas mutuas, o empresas de índole sexual o establecimiento minorista que proporcione entretenimiento orientado a adultos en los cuales los artistas se desnuden o actúen sin ropas para entretenimiento o en cualquier comercio o establecimiento minorista en donde no se permita el ingreso de menores de 18 años de edad.
- Comprendo que el límite de tiempo para recibir beneficios de asistencia en efectivo de TANF es de 36 meses.
- Comprendo que para recibir asistencia en efectivo de TANF y asistencia alimentaria, todos los niños en el hogar que tengan entre 7 y 18 años de edad deben estar inscriptos en la escuela, incluyendo educación en el hogar registrada en el Departamento de Educación de Kansas. Todo el grupo familiar no será elegible si un niño en el hogar no está inscripto en la escuela.
- Comprendo que no puedo utilizar la asistencia en efectivo de TANF para comprar artículos tales como alcohol, cigarrillos, productos de tabaco o boletos de lotería.
- Comprendo que no debo utilizar beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no alimenticios ni para pagar saldos acreedores.
- Comprendo que no puedo utilizar mis beneficios de asistencia en efectivo de TANF en puntos de venta fuera del estado de Kansas.

Información Acerca del Programa Telefónico Lifeline

- Para asistencia alimentaria y en efectivo de TANF, estoy de acuerdo en que el DCF pueda proporcionar mi nombre, domicilio y número de teléfono a las compañías telefónicas que participen en la comparación de datos de Lifetime. El programa Lifeline proporciona servicio telefónico básico a una tarifa reducida.
- Comprendo que mi información es confidencial y solo será utilizada por las compañías 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 y Firma

Mi firma en esta solicitud autoriza a empleadores, proveedores de cuidado de niños, proveedores de atención médica, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar al Departamento para Niños y Familias (DCF) de Kansas cualquier información, incluso información confidencial y de salud, necesaria para establecer mi elegibilidad para beneficios o para administrar cualquier programa (incluso Servicios de Manutención de Niño) para los cuales yo haya realizado una solicitud.

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

Comprendo que toda la información proporcionada en esta solicitud y toda la información proporcionada al personal del DCF en mi nombre está protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad.

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

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender, incluso la información relacionada con mi condición de ciudadanía y ciudadano extranjero. Comprendo que además de otras penalizaciones, es ilegal obtener, intentar obtener, o ayudar a que otra persona obtenga, por medio de una declaración o representación voluntariamente falsa, o por suplantación, connivencia, u otro dispositivo fraudulento, la asistencia a la cual ellos o yo no tengo/tenemos derecho, y esto constituirá el delito de robo, según lo definido por las Leyes Vigentes de Kansas (K.S.A., por sus siglas en inglés). 21-5801 y enmiendas, que podría ser una infracción de delito grave castigada con tiempo en prisión, una multa o ambos y que el delincuente podría además ser acusado bajo otras leyes federales y estatales aplicables.

Su Firma (requerida)	**Fecha**
La Firma de Su Cónyuge u otro Adulto en su Hogar (No es requerida)	Fecha
Firma del Primer Testigo (necesaria si se utiliza “X”)	Fecha
Firma del Segundo Testigo (necesaria si se utiliza “X”)	Fecha
Firma del Tutor/Guardián Nombrado por la Corte (si correspondiera)	Fecha

Información de Registración como Votante de Kansas

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

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

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

Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de registro como votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar el formulario de solicitud en forma privada. Si usted elige hacerlo así, puede registrarse fácilmente como votante utilizando este sitio Web: https://www.kdor.org/voterregistration

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

Utilice este espacio para escribir información adicional.

Departamento para Niños y Familias de Kansas
Solicitud de Beneficios para las Familias
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 para cuidado de niños y alimentaria
- dentro de un plazo de 45 días para asistencia en efectivo de TANF

Si usted es elegible, los beneficios comenzarán en la fecha en que la solicitud firmada es recibida en la oficina del DCF: Si califica, usted podría obtener asistencia alimentaria dentro de un plazo de 7 días calendario. 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 necesario – nosotros le diremos qué debe ser informado (algunos ejemplos incluyen embarazo, nacimiento, alguna persona que abandona o que se muda a su casa, un nuevo empleo, cambio en los ingresos, nuevo domicilio, etc.);
- Entregar los pagos de pensión alimentaria o manutención de niño al DCF si usted recibe asistencia en efectivo de TANF, y cooperar con los Servicios de Manutención de Niño (CSS) si usted recibe asistencia en efectivo de TANF o asistencia para cuidado de niños;
- Pagar a su proveedor de cuidado de niños por los servicios;
- Cooperar con el personal de Aseguramiento de la Calidad si su caso es revisado; y
- Buscar un empleo y participar en servicios relacionados con el empleo, comenzando a partir de la fecha en la que usted solicite la asistencia en efectivo de TANF.

Derechos del DCF

El DCF tiene derecho a:

- Utilizar la información en esta solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social (SSN) de cada persona en su hogar, para determinar si su grupo familiar puede obtener beneficios. Nosotros verificaremos esta información mediante programas de comparación computarizada. Esta información también será utilizada para asegurarnos de que usted esté recibiendo el monto correcto de beneficios. Para la asistencia para cuidados de niños solamente, el SSN es voluntario.
- Verificar la condición de extranjero de los miembros del grupo familiar del solicitante presentando información de la solicitud al Servicio de Aduanas e Inmigración de Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). La información recibida puede afectar la elegibilidad y el monto de beneficios del grupo familiar.
- 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, proveedores de cuidado de niños, bancos, médicos, o visitando su hogar.
- Denegar su solicitud o procesarlo a usted por fraude si usted a sabiendas proporciona información falsa para poder recibir asistencia.

Penalizaciones

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

I. Programas de Trabajo - buscar trabajo, prepararse para un empleo y conservar un empleo (no aplica a asistencia para cuidado de niños)

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

1ra. Penalización
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un mínimo de 3 meses.

2da. Penalización
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un mínimo de 6 meses.

3ra. Penalización
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un mínimo de 1 año.

4ta. Penalización y subsiguientes
Su familia perderá los beneficios de asistencia en efectivo de TANF por un período de 10 años.

Para ser reincorporado al programa y volver a recibir su beneficio, se le requerirá cooperar en una actividad del programa de trabajo asignado durante 2 semanas consecutivas para la 1ra. penalización y durante 3 semanas consecutivas para la 2da. y la 3ra. penalización. Estas penalizaciones no se llevarán adelante si los niños en su familia se convierten en receptores adultos de efectivo de TANF.

B. Para asistencia alimentaria, se aplicará una penalización comparable a la antes descrita solo contra la persona que no cooperó. El resto del grupo familiar con asistencia alimentaria podrá obtener los beneficios, si son por lo demás elegibles. La elegibilidad será redeterminada al finalizar el período de penalización.

II. Servicios de Manutención de Niño - establecer la paternidad de un niño y recolectar la manutención de niño (no aplica a asistencia alimentaria).

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

1ra. Penalización
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un mínimo de 3 meses.

2da. Penalización
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un mínimo de 6 meses.

3ra. Penalización
Su familia no recibirá beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un mínimo de 1 año.

4ta. Penalización y subsiguientes
Su familia perderá los beneficios de asistencia en efectivo de TANF o para cuidado de niños por un período de 10 años.

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

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

III. Penalizaciones por Fraude

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

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

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

- Durante 1 año si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su primera violación al programa
- Durante 2 años si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su segunda violación al programa
- Durante 10 años si su distorsión deliberada fue acerca del lugar donde usted vive o de quién usted es para recibir beneficios duplicados
- En forma permanente si su distorsión deliberada fue acerca de algo que no sea identidad o lugar de residencia y es su tercera violación al programa
- Su elegibilidad para asistencia alimentaria también será suspendida durante 2 años o usted la perderá en forma permanente si es condenado por comprar o vender por más de $500 en valor de beneficios o si utiliza los beneficios, o los recibe, en una venta de sustancias controladas, armas de fuego, municiones o explosivos. Comercializar beneficios de asistencia alimentaria incluye, pero no está limitado a:
  - comprar, vender, robar o intercambiar beneficios a cambio de dinero en efectivo;
  - intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos, o drogas ilícitas por beneficios;
  - comprar bebidas gaseosas, agua, u otros artículos en un envase para obtener el depósito en efectivo;
  - comprar un artículo con asistencia alimentaria y luego en forma intencional venderlo por dinero en efectivo; y
  - intercambiar dinero en efectivo por artículos que fueron pagados con beneficios de asistencia alimentaria.

En todos estos casos, el resto de su grupo familiar que recibe asistencia alimentaria puede recibir los beneficios si son elegibles de otra forma, y el resto del grupo familiar aún será responsable de devolver el monto de cualquier sobrepago de beneficios que fuera recibido por la persona descalificada.

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

- No mienta, realice declaraciones engañosas, oculte información u omita informar cambios según lo requerido, para obtener beneficios que su grupo familiar no debería obtener.
- No utilice ni tenga en su posesión Tarjetas de Beneficios de Kansas que no sean suyas.
- No comercialice ni venda Tarjetas de Beneficios de Kansas.
- No utilice la asistencia en efectivo de TANF ni realice transacciones con su Tarjeta de Beneficios de Kansas en ninguna licorería, casino, casino de apuestas o establecimiento de juegos, joyería, salón de tatuajes, salón de masajes, salón de perforaciones en el cuerpo, spa, salón de manicura, tienda de lencería, tabaquería, tienda de cigarrillos de vapor, tiendas de adivinación o parapsicología, empresas

Penalizaciones (continuación)

de fianzas, sala de videojuegos, cine, pileta de natación, crucero, parque temático, instalación de carrera de perros o caballos, sitios de apuestas mutuas, o empresas de índole sexual o establecimiento minorista que proporcione entretenimiento orientado a adultos en los cuales los artistas se desnuden o actúen sin ropas para entretenimiento o en cualquier comercio o establecimiento minorista en donde no se permita el ingreso de menores de 18 años de edad.

- No utilice sus beneficios de asistencia en efectivo de TANF para comprar alcohol, cigarrillos, productos de tabaco o boletos de lotería.
- No utilice sus beneficios de asistencia en efectivo de TANF para realizar compras fuera del estado de Kansas.

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

IV. Delito Grave Relacionado con Drogas

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

En un grupo familiar que reciba asistencia alimentaria, cualquier persona que sea condenada por una infracción de delito grave que haya ocurrido en o después del 1° de Julio de 2013, y que incluya como elemento de dicha infracción la fabricación, cultivo, distribución, posesión o utilización de una sustancia controlada o análogo de una sustancia controlada no será elegible para recibir beneficios de asistencia alimentaria hasta que la persona participe en un programa aprobado de tratamiento de drogas y se someta y apruebe un plan aprobado de exámenes de detección de drogas. Una segunda condena por delito grave relacionado con drogas hará que esa persona no sea elegible para recibir asistencia alimentaria durante el resto de su vida.

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

Pruebas de Consumo de Drogas basada en una Sospecha

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

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

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

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

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

- Que se le proporcione un intérprete en forma gratuita si el Inglés no es su idioma materno
- Que la información proporcionada al DCF sea mantenida en forma confidencial, a menos que esté directamente relacionada con la administración del DCF
- Retirar su solicitud en cualquier momento
- Solicitar una audiencia justa dentro de un plazo de 30 días para asistencia en efectivo de TANF o para el cuidado de niños, o dentro de un plazo de 90 días para asistencia alimentaria si usted no está de acuerdo con la decisión. Para asistencia alimentaria, usted puede solicitar una audiencia justa en forma oral o por escrito. Su caso puede ser presentado por un miembro del grupo familiar, o por un representante como por ejemplo un asesor legal, un pariente, un amigo u otro vocero
- Saber que si usted aplica para beneficios de asistencia alimentaria, su solicitud para asistencia alimentaria no puede ser denegada únicamente porque se le han denegado beneficios para otros programas
- Que sus beneficios sean determinados a partir de la fecha en la cual el DCF recibe esta solicitud
- Tener consideraciones especiales y servicios confidenciales, si el buscar un nuevo empleo o tratar de obtener manutención de niño lo pone en riesgo de violencia doméstica o agresión sexual

Esta institución tiene prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, y en algunos casos religión o preferencia política. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleos en base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y donde corresponde, preferencias políticas, estado civil, situación familiar o de parentesco, orientación sexual o que todo o parte de los ingresos de la persona sean derivados de cualquier programa de asistencia pública o protegidos de información genética en programas de empleos o cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el departamento. (No se aplicarán todas las prohibiciones a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación en el programa de Derechos Civiles en el USDA, complete el formulario de Queja por Discriminación del Programa USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint filing cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al 866-632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información requerida en el formulario. Envíenos el formulario de queja completo o la carta por correo al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax 202 -690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, que tienen discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al 800 -877-8339; o (800) -845-6136 (Español).

Por cualquier otra información relacionada con el Programa de asistencia alimentaria de Kansas, también conocido como Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas se deben comunicar ya sea con el Número de Línea de Ayuda de USDA SNAP al 800- 221-5689, que también está en Español o llamar a los números de información estatal/de ayuda en línea que se encuentran en línea en www.fns.usda.gov/snap/contact info/hotlines.htm.

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

USDA y HHS son proveedores y empleadores que proporcionan igualdad de oportunidades.

Entrevista

Para asistencia alimentaria y/o en efectivo de TANF, nosotros requerimos una entrevista como parte del proceso de solicitud. No se requiere una entrevista para cuidado de niños, 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: _____

☐ 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 dentro de los últimos 3 meses
- Comprobante de ingresos (talones de pago de los últimos 30 días, 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, planes de sepultura y pólizas del seguro de salud
- Recibo de alquiler/pago de vivienda (incluyendo seguro e impuestos a la propiedad)
- Comprobante de gastos médicos para personas ancianas o discapacitadas, 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
- Si alguien en el hogar está embarazada, proporcione una verificación de embarazo con la fecha esperada de parto.
- Otro:_____

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

AD ASTRA PER ASPERA

Kansas

Department for Children and Families

Strong Families Make a Strong Kansas