

# Departamento de Menores y Familias de Kansas Solicitud de Asistencia Alimentaria

ES-3100.6  
Rev. 10-23

Esta es su solicitud para el programa de asistencia alimentaria, el cual es proporcionado por el Departamento de Menores y Familias. Responda todas las preguntas lo mejor que pueda. Si el inglés no es su idioma principal, se le proporcionará un intérprete sin costo alguno. Este formulario nos proporciona la información que necesitamos para determinar si su familia puede obtener la Asistencia alimentaria.



¿Prefiere postularse en línea?

Presente su solicitud en  
[www.dcf.ks.gov](http://www.dcf.ks.gov)

## Asistencia alimentaria



Departamento de Menores y Familias

### Para uso exclusivo de la Agencia

Fecha de recibo: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Revisión \_\_\_\_\_ inicial

Quién entrevistó: \_\_\_\_\_

Número(s) de caso: \_\_\_\_\_

## Siga estos pasos para presentar su solicitud

- Llene este formulario para hacer su solicitud. Si requiere ayuda o tiene preguntas, llame al 888-369-4777.
- Lea las preguntas con cuidado y responda honestamente. Si está haciendo la solicitud para otra persona, por favor responda las preguntas con respecto esa persona.
- Firme el formulario y ponga la fecha. Su solicitud no estará completa a menos que esté firmada.
- Envíe este formulario por correo, fax o entréguelo en la oficina del DCF de su localidad. Pueden transcurrir hasta 30 días antes de que su solicitud sea procesada.
- Lo contactaremos, se requiere una entrevista.
- Al final de esta solicitud hay una lista de ítems que podemos necesitar de usted. Por favor despréndala y conserve la página como referencia.
- **Si no puede llenar la solicitud ahora, proporcione su nombre, domicilio y firma en la Página 1 y devuelva el formulario.**
- **Devuelva este formulario lo antes posible. Si usted califica para recibir Asistencia alimentaria, el beneficio puede comenzar a partir de la fecha en que se reciba la solicitud firmada en nuestra oficina.**

### Devuelva este formulario a:

## Información del Registro electoral de Kansas

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

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

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

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

También puede optar por presentar su solicitud en línea. Tenga en cuenta que para registrarse para votar por Internet, usted debe tener una licencia de conducir válida o una tarjeta de identificación que no sea de conductor, ambas del estado de Kansas. Si no tiene ninguno de estos documentos, puede descargar el formulario en:

<https://www.kssos.org/forms/elections/voterregistration.pdf>. Si quiere presentar su solicitud en línea, visite:

<https://www.kdor.ks.gov/apps/voterreg/default.aspx>.

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

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

## A. Cuéntenos sobre usted

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

¿Carece de vivienda?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre, Inicial intermedia, Apellido

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## B. Ayúdenos a determinar si puede obtener asistencia alimentaria más rápidamente

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

1. Los ingresos brutos de su hogar (antes de deducir los impuestos) en el mes ¿serán menores de 150 dólares?  Sí  No

2. ¿Su hogar cuenta con menos de 100 dólares en efectivo, cheques y ahorros?  Sí  No

3. ¿Alguien de su hogar es trabajador agrícola migratorio o estacional?  Sí  No

4. Anote el monto actual de la mensualidad de su renta/hipoteca .....\$ \_\_\_\_\_

5. ¿Paga gastos de calefacción o refrigeración?  Sí  No

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

Agua  Alcantarillado  Recolección de basura  Teléfono

Ninguno  Electricidad/gas para cocinar o iluminación  Otro

6. Anote los ingresos brutos (antes de deducir los impuestos) esperados para este mes en su hogar .....\$ \_\_\_\_\_

7. Anote todo el dinero en efectivo, en cuentas de cheques y ahorros en su hogar.....\$ \_\_\_\_\_

### Para uso exclusivo de la Agencia

#### ¿Asistencia alimentaria expedita?

Sí  No

Renta/Hipoteca \$ \_\_\_\_\_

SUA/Real + \$ \_\_\_\_\_

TOTAL = \$ \_\_\_\_\_

Ingresos esperados \$ \_\_\_\_\_

Efectivo/cheque/Ahorros + \$ \_\_\_\_\_

TOTAL = \$ \_\_\_\_\_

¿Los gastos de vivienda del hogar son mayores que los ingresos y recursos esperados?  Sí  No

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

Proporcione la información de cada persona en su hogar para la cual está presentando la solicitud. Esto incluye:

- Usted - proporcione su información como Persona 1.
- Su cónyuge.
- Sus hijos que viven con usted (en el caso de la asistencia alimentaria, esto incluye hijos de hasta 22 años de edad).
- Cualquier padre de un(a) hijo(a) de 21 años o menos que viva con usted.
- Cualquier persona con quien usted compre y cocine alimentos.

El estatus de ciudadanía/inmigración no descalifica automáticamente a un solicitante para recibir beneficios de asistencia alimentaria. Puede elegir no señalar su raza, origen étnico o sexo; eso no se usará en su contra. Solo pedimos esta información para fines de informes federales. Las respuestas no afectarán ni la elegibilidad, ni los beneficios.

### Información importante sobre los números de Seguro Social:

El número de Seguro Social de cada persona para quien se solicita asistencia alimentaria se provee de manera voluntaria. Si usted, sin causa justificada, no proporciona ni solicita un número de Seguro Social, esa persona no podrá obtener los beneficios. Si no está presentando la solicitud para alguien específico de las personas en su hogar, no está obligado a proporcionar el número de Seguro Social por esa persona. Utilizamos los números de Seguro Social para comprobar los ingresos y otra información para determinar quién es elegible para recibir la asistencia. Si alguien no tiene número de Seguro Social, llame al tel. 800-772-1213 o visite [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

### Su información es privada:

- Mantendremos su información privada conforme a la ley.
- Usaremos la información de este formulario solo para determinar si puede recibir los beneficios.

Si necesita incluir a otras personas, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

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

Persona	1	2	3	4
Nombre – Primero, Inicial intermedia, Apellido				
Relación con usted	<b>Titular</b>			
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)				
Núm. de Seguro Social				
¿Es ciudadano de los EE. UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es Hispano/latino?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza – Use la clave a continuación				
¿Vive esta persona en su hogar con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Compra y cocina (o lo hará después de la autorización) alimentos con esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Clave de razas:** 1 – Blanco                      4 – Negro o Afroamericano                      7 – Nativo americano o de Alaska  
 2 – Indio asiático                      5 – Nativo de Hawái                      8 – Guameño o Chamorro  
 3 – Samoano                      6 – Nativo de otras Islas del Pacífico

**La ley federal exige las siguientes preguntas para los fines del programa de asistencia alimentaria.**

¿Hay alguien en su casa que esté huyendo de un juicio por delito grave o de la cárcel?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en su casa que viole la libertad condicional o período de prueba?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): \_\_\_\_\_

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

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por cambiar los beneficios de asistencia alimentaria por drogas después del 22 de septiembre de 1996?

Sí  No                      En caso afirmativo, proporcione el(los) nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Alguien de su hogar ha sido condenado por comprar o vender los beneficios de asistencia alimentaria por más de 500 dólares después del 22 de septiembre de 1996?

Sí  No                      En caso afirmativo, proporcione el(los) nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por obtener fraudulentamente beneficios duplicados de asistencia alimentaria en algún estado después del 22 de septiembre de 1996?

Sí  No                      En caso afirmativo, proporcione el(los) nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar ha sido condenado por cambiar los beneficios de asistencia alimentaria por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?

Sí  No                      En caso afirmativo, proporcione el(los) nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia tiene una condena por un delito grave relacionado con drogas con fecha del 22 de agosto de 1996 o posterior?

Sí  No                      En caso afirmativo, proporcione el(los) nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Alguien de su familia ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos después del 7 de febrero de 2014?

Sí  No                      1) Abuso sexual agravado; 2) Asesinato; 3) Explotación sexual y otros abusos de menores;  
 (4) Agresión sexual.

En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Cumplen con los términos de su sentencia?  Sí  No

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

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

Su nombre \_\_\_\_\_ Su número de teléfono \_\_\_\_\_

Su domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

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

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

De ser así, cuéntenos sobre esta persona:

Su nombre \_\_\_\_\_ Su número de teléfono \_\_\_\_\_

Su domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## F. Díganos cómo comunicarnos con usted

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

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

Si es así, escriba a continuación los nombres del idioma hablado y/o escrito. También incluya otras necesidades de comunicación como braille, retransmisión, inglés de señas, TDD/TTY, letra grande, Programa de Sintetizador de Voz, etc. Si necesita incluir información adicional, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

Idioma hablado	Idioma escrito	Necesidades adicionales

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

Necesitamos saber la relación que guardan las personas en su hogar entre sí. Indique el nombre de cada menor, y los nombres de ambos padres aunque no vivan juntos. Para nonatos, indique "nonato". Si necesita incluir a otros menores, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

Nombre del menor/ nonato	Nombre de la madre	Nombre del padre	¿Estaba la madre casada con el padre cuando nació el menor?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## H. Cuéntenos sobre los ingresos o dinero obtenido por trabajo

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

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información para todos los trabajos. El trabajo por cuenta propia o autónomo incluye ingresos por trabajos ocasionales, cuidado de menores, cortar el césped, quitar la nieve, venta de cosméticos, etc. Si necesita incluir información adicional, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

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

¿Alguien en su casa ha perdido o dejado un trabajo en los últimos 60 días?  Sí  No En caso afirmativo, complete la información a continuación:

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Último pago: \$ \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del empleo: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Motivo(s): \_\_\_\_\_

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

Nombre del (de la) trabajador(a) autónomo(a): \_\_\_\_\_ Nombre del negocio: \_\_\_\_\_

Tipo de negocio: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del negocio: \_\_\_\_\_ ¿Se declararon impuestos por estos ingresos el año pasado?  Sí  No

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

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

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

Ingresos brutos anuales informados (antes de deducir impuestos) \$ \_\_\_\_\_ Gastos mensuales estimados \$ \_\_\_\_\_

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

En caso afirmativo, por favor llene:

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

## I. Cuéntenos sobre otros ingresos o dinero

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

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información para todos los tipos de ingresos. Si necesita incluir información adicional, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

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

¿Alguien ha solicitado otros ingresos o beneficios?  Sí  No Si es así, indique quién y qué ingresos o beneficios:

\_\_\_\_\_

## J. Cuéntenos sobre sus recursos

¿Alguien en su hogar es propietario o cuenta con algún recurso a nombre de él(ella)? Por ejemplo: ¿efectivo, cuentas corrientes/de ahorro/de cooperativa de crédito, propiedades o cualquier otro recurso?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información. Si necesita incluir otros recursos, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

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

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

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

¿Alguien en su hogar es dueño de un vehículo? (esto incluye coches, camiones, motocicletas, embarcaciones, motos acuáticas, vehículos recreativos, vehículos todo terreno u otros vehículos)  Sí  No

En caso afirmativo, llene lo siguiente. Si necesita incluir otros vehículos, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.

	Vehículo #1	Vehículo #2
Año		
Fabricante		
Modelo		
Propietario		
Saldo adeudado	\$	\$
¿Cuál es el uso principal de este vehículo? (trabajo, escuela, buscar trabajo, médico, como hogar, etc.)		

¿Alguien en su hogar tiene un vehículo que se utiliza para transportar a un miembro del hogar que tiene una discapacidad física?  Sí  No

De ser así, ¿qué vehículo? \_\_\_\_\_

## K. Cuéntenos sobre los gastos de su hogar

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

Tipo de gasto			Monto
¿Su casa es rentada? Si está rentando, indique el nombre, domicilio y teléfono del propietario:	Sí	No	\$
Si está rentando, ¿es una vivienda subsidiada, de la Sección 8, del HUD, o de otro tipo?	Sí	No	\$
¿Es usted propietario o está por adquirir su vivienda?	Sí	No	\$
¿Paga impuestos de propiedad no incluidos en el pago de la vivienda?	Sí	No	\$
¿Paga un seguro de hogar que no está incluido en el pago de la casa?	Sí	No	\$
¿Paga por el cuidado de menores o de las personas a su cargo?	Sí	No	\$
¿Paga manutención de menores? Indique la cantidad pagada y el número de la resolución judicial para cada menor: _____	Sí	No	\$
Si tiene 60 años o más, o está discapacitado, ¿tiene algún gasto médico? Incluya las primas de seguro médico y de Medicare. Si necesita incluir información adicional, hágalo en el espacio provisto al final de esta solicitud.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$

¿Paga gastos de calefacción o refrigeración?  Sí  No

¿Usted o alguien en su residencia ha recibido Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIEAP, por sus siglas en inglés) en los últimos 12 meses?  Sí  No

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

En caso afirmativo, ¿con qué gastos recibe ayuda? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto pagan? \_\_\_\_\_

## Por favor lea esta información antes de firmar

### Derechos, responsabilidad y sanciones

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

### Cambios que usted debe informar

- Entiendo que seré notificado sobre los cambios que debo informar.
- Le informaré al DCF sobre los cambios que podrían afectar mi elegibilidad o el nivel de beneficios.

### Verificaremos la información que nos proporcione

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

### Información sobre los Números de Seguro Social:

- Entiendo que tengo que proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para las personas de mi hogar que soliciten asistencia.
- Entiendo que el DCF usa los números de Seguro Social. Los números se utilizan para cotejo electrónico con la Administración de la Seguridad Social, el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad, el Servicio de Impuestos Internos y otras organizaciones y agencias.

### Información sobre los Servicios de Manutención de menores:

- Estoy de acuerdo en ayudar a los Servicios de Manutención de menores (CSS) a establecer la manutención para los menores de mi casa. Ayudaré a CCS a hacer cumplir las órdenes de manutención para los menores.

### Información sobre gastos de asistencia alimentaria:

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

### Información sobre la cooperación con el programa laboral:

- Acepto que todos quienes reciben asistencia alimentaria deberán cooperar con requerimientos de trabajo, a menos que se encuentren exentos.
- Entiendo que la persona que no coopere no recibirá asistencia alimentaria.

## Firma

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

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

\_\_\_\_\_  
Su firma (obligatoria)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de su cónyuge u otro adulto en su casa (no es obligatoria)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Primer Testigo (obligatoria si usted no puede firmar su nombre)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Información adicional

Use este espacio para incluir información adicional para cualquiera de las secciones anteriores de la solicitud.



# Departamento de Menores y Familias de Kansas – Solicitud de beneficios para familias Derechos y responsabilidades – Lea y conserve para sus registros

Su solicitud de asistencia alimentaria se procesará dentro de 30 días. Si usted es elegible, los beneficios comenzarán a partir de la fecha en que se reciba una solicitud firmada en la oficina del DCF. Es posible que pueda obtener asistencia alimentaria en un plazo de 7 días naturales si cumple con los requisitos. Le haremos saber si califica para este procesamiento especial.

## Sus responsabilidades

### **Usted es responsable de:**

- Proporcionar toda la información necesaria para determinar su elegibilidad;
- Informar cambios según se requiera – le informaremos sobre lo que debe informar;
- Cooperar con Servicios de Manutención de menores (CSS);
- Cooperar con el personal de Aseguramiento de la Calidad si se revisa su caso.

## Derechos del DCF

### **El DCF tiene derecho a:**

- Usar la información de esta solicitud, incluyendo el número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de cada persona en su hogar, para determinar si su hogar puede recibir los beneficios. Verificaremos esta información a través de programas de cotejo electrónico de datos. Esta información también se utilizará para asegurarse de que usted está recibiendo la cantidad correcta de beneficios.
- Verificar la condición de extranjero de los miembros del hogar solicitante presentando la información de la solicitud al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). La información recibida puede afectar la elegibilidad de la familia y la cantidad de los beneficios.
- Revelar la información de su solicitud a otras agencias federales y estatales para su examen oficial y al personal de procuración de justicia con el propósito de arrestar a las personas que huyen de la ley.
- Remitir la información de esta solicitud a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de reclamaciones, para el cobro de las reclamaciones si hay pagos en exceso en contra de su hogar.
- Realizar una investigación completa sobre su elegibilidad, incluyendo el contacto con empleadores, proveedores de cuidado de menores, bancos, médicos o visitando su casa.
- Rechazar su solicitud o procesarlo por fraude si a sabiendas nos da información falsa para recibir asistencia.

## Derechos civiles

### **Usted tiene derecho a:**

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

### **No envíe solicitudes aquí**

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

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

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

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

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

**No envíe solicitudes aquí**

## Infracciones y penalidades

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

**Requisitos de empleo** – registrarse para el empleo, buscar empleo, prepararse para el empleo y conservar un trabajo.

En el caso de la asistencia alimentaria, solo la persona que no cumpla con los requisitos de empleo, no será elegible para recibir los beneficios. Los demás miembros del hogar que reciben asistencia alimentaria pueden obtener los beneficios, si tienen derecho a ellos. La elegibilidad para la persona se volverá a determinar cuando deje de existir la omisión o la negativa a cumplir los requisitos de empleo.

**El Programa de Asistencia Alimentaria, Empleo y Capacitación** - Las siguientes penalidades aplican a las infracciones por el hecho de no cooperar con el Programa de Asistencia Alimentaria, Empleo y Capacitación sin una buena causa:

1ra Infracción - La persona que no cooperó no recibirá Asistencia Alimentaria por un mínimo de 3 meses.

2da Infracción - La persona que no cooperó no recibirá Asistencia Alimentaria por un mínimo de 6 meses.

3ra Infracción y siguientes - La persona que no cooperó no recibirá Asistencia Alimentaria por un mínimo de 12 meses.

**Servicios de Manutención de menores** – establecer la paternidad de un menor y cobrar la manutención del menor.

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

### Fraude

Cualquier miembro de su hogar que viole intencionalmente cualquiera de las siguientes reglas puede ser excluido del programa de asistencia alimentaria por un año, incluso ser descalificado de manera permanente. Puede ser multado por hasta 250,000 dólares, ser sentenciado a 20 años de cárcel, o ambos. La persona también puede quedar sujeta a juicio conforme a otras leyes federales y estatales aplicables, y también puede quedar excluida del programa de asistencia alimentaria por otros 18 meses, si así lo ordena el tribunal.

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

Si hace declaraciones falsas o engañosas y se le declara culpable de declarar falsamente, o cometió algún acto que constituya una violación a la asistencia alimentaria, las regulaciones de asistencia alimentaria o cualquier estatuto estatal con el objetivo de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar beneficios de asistencia alimentaria o tarjetas EBT, no podrá recibir beneficios de asistencia alimentaria:

- Por 1 año si su declaración falsa fue sobre algo que no sea la identidad o la residencia y es su primera violación del programa;
- Por 2 años si su declaración falsa fue sobre algo que no sea la identidad o la residencia y es su segunda violación del programa;
- Por 10 años si su declaración falsa fue acerca del lugar donde vive o su identidad, para obtener beneficios duplicados;
- De manera permanente si su declaración falsa fue sobre algo que no sea la identidad o la residencia y es su tercera violación del programa;
- Por 2 años si intercambió beneficios por sustancias controladas como drogas y es su primera ofensa;
- De manera permanente si intercambió beneficios por sustancias controladas como drogas y es su segunda ofensa;
- No será elegible de manera permanente para participar en el programa de asistencia alimentaria si:
  - Intercambia beneficios de asistencia alimentaria por armas de fuego, municiones o explosivos;
  - Intercambia, compra o vende beneficios de asistencia alimentaria por \$500 o más;
  - Trafica beneficios de asistencia alimentaria incluido, de manera no limitativa, lo siguiente:
    - Comprar, vender, robar o intercambiar beneficios por dinero en efectivo;
    - Comprar refrescos, agua u otros artículos en un envase para obtener el depósito en efectivo;
    - Comprar un artículo con la asistencia alimentaria y luego venderlo a propósito por dinero en efectivo; y/o
    - intercambiar dinero en efectivo por artículos pagados con los beneficios de la asistencia alimentaria.

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

## Infracciones y penalidades (cont.)

### Condenas por delitos graves relacionados con drogas

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

El resto de los miembros del hogar que reciban asistencia alimentaria podrán obtener los beneficios si de otra manera son elegibles para hacerlo.

## Esta información puede ser necesaria para procesar su solicitud

Podemos pedirle que nos proporcione algunos o todos los siguientes ítems:

- Comprobantes de los gastos médicos que usted tiene para adultos mayores o personas discapacitadas, como medicamentos, facturas médicas y hospitalarias
- Comprobantes del lugar donde vive
- Prueba de identidad
- Comprobante de ciudadanía para quienes desean recibir beneficios
- Comprobantes de condición de no ciudadano para quienes desean recibir beneficios
- Comprobantes de la manutención a menores y/o pensión alimenticia pagada o recibida en los últimos 3 meses
- Comprobantes de ingresos
- Si es trabajador(a) autónomo(a), declaraciones de impuestos federales, registros contables
- Recibos de renta/pagos de la casa (incluyendo seguros e impuestos sobre la propiedad)
- Estados de cuenta bancarios para cuentas de cheques, cuentas de ahorros
- Otro: \_\_\_\_\_

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





# Departamento de Menores y Familias de Kansas

Anexo a la Solicitud y Formularios de Autorización para la obtención de Información

## OPCIONAL Autorización para la obtención de Información

*¡Ayúdenos a ayudarlo!*

No tiene que firmar esta obligación, pero nos ayudará a obtener la información que necesitamos para ayudarlo sin tener que tener su firma en solicitudes específicas.

### Debe saber que:

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

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

### AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

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

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

Esta autorización no aplica a la información de salud protegida.

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

\_\_\_\_\_  
Su nombre (escriba en letra de molde de manera clara)

\_\_\_\_\_  
Nombre de otro adulto (escriba en letra de molde de manera clara)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Requisitos de trabajo consolidados

Existen reglas laborales para el Programa de Asistencia Alimentaria. De no seguirse estas reglas, sus beneficios de asistencia alimentaria podrían reducirse o finalizar. Es posible que algunas personas en su hogar deban seguir reglas diferentes.

No es necesario que todos sigan estas reglas. Es posible que no deba seguirlas si:

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

## Normas de registro laboral

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

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

## Normas de búsqueda de empleo y formación

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Normas sobre plazos**

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

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

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

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

Infórmenos si hace alguna de estas tres actividades.

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

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

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

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

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

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

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

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

*Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.*



## ASISTENCIA ALIMENTARIA Y SNAP-ED

Trabajando juntos para un Kansas más sano

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

¡Regístrese hoy para SNAP-Ed!

Qué aprenderá:

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

El registro para SNAP-Ed es voluntario:

La elegibilidad para recibir los beneficios del SNAP no depende de la participación en SNAP-Ed.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la mejor manera de contactarlo? \_\_\_\_\_

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

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.