

Instrucciones Generales para Completar la Declaración de Necesidad

POR FAVOR LEA ESTA PÁGINA CUIDADOSAMENTE ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO

Usted puede solicitar ayuda para completar este formulario. También puede solicitar que el formulario y avisos sean traducidos. Podemos ayudarle si usted tiene una discapacidad o condición que le dificulta entender o responder preguntas en este formulario de solicitud. Por favor, háganoslo saber.

Responda Todas las Preguntas

Este formulario consiste de 38 preguntas. Cada una, con excepción de la Pregunta 1, va seguida de una sección de casillas utilizadas para incluir la información requerida. Responda cada pregunta marcando la casilla de SÍ o NO al lado de la pregunta.

SI la respuesta es SÍ []

Proporcione la información solicitada escribiendo en la sección de casillas amarillas debajo de la pregunta. Debe proporcionar la información requerida sobre CADA miembro del hogar ya sea que usted esté solicitando asistencia para esa persona o no.

SI la respuesta es NO []

LA PREGUNTA NO CORRESPONDE A USTED NI A NINGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR. Con excepción de la Pregunta 38, deje las casillas amarillas sin contestar y pase a la siguiente pregunta.

SI USTED necesita más espacio para responder preguntas

Escriba "VEA LA PÁGINA 25" si le hace falta espacio. Pase a la página 25 donde hay casillas para escribir información adicional. Indique en la casilla el número de la pregunta a la que se está refiriendo. Usted también puede adjuntar una hoja aparte, si es necesario.

Lea las páginas 25, 26 y 27

Estas páginas contienen información importante sobre sus Derechos y Responsabilidades.

Acerca de la Entrevista

En la página 3 hay una lista de "Cosas que Necesita Traer a la Entrevista". Asegúrese de traer todos los documentos indicados.

Acerca de las Preguntas

Pregunta 1.

Inclúyase en la primera línea proporcionando toda la información solicitada. Luego incluya la información de todas las personas que viven con usted, utilizando una línea por persona. Indique la relación de cada uno de ellos con usted (por ejemplo, "hijo", "primo", etc.) en las casillas de "Parentesco". Debe incluir la información de cada miembro de su hogar YA SEA QUE USTED ESTÉ SOLICITANDO ASISTENCIA PARA ESA PERSONA O NO.

Preguntas 1a. a 13.

Complete la información en las secciones amarillas por cada persona que esté solicitando asistencia. Estas preguntas están a continuación de la lista de miembros del hogar (Pregunta 1) y solicitan información personal sobre todas las personas indicadas en la Pregunta 1. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es SÍ [], complete la información requerida en la sección de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros del hogar exactamente como aparecen en la Pregunta 1.

Preguntas 14. a 19.

En estas preguntas se solicita información sobre los bienes financieros (tales como cuentas bancarias) de todos los miembros del hogar. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es SÍ [], complete la información solicitada en la sección de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros del hogar exactamente como aparecen en la Pregunta 1.

Preguntas 20. a 28.

En estas preguntas se solicita información sobre los ingresos de todos los miembros del hogar. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es SÍ [], complete la información solicitada en la sección de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros del hogar exactamente como aparecen en la Pregunta 1.

Preguntas 29. a 38.

En estas preguntas se solicita información sobre los gastos de alojamiento y misceláneos, y la cobertura médica de todos los miembros del hogar. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es SÍ [], complete la información solicitada en la sección de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros del hogar exactamente como aparecen en la Pregunta 1. Si usted reporta gastos en estas preguntas y proporciona comprobantes de los mismos, obtendrá el monto máximo de cupones para alimentos (food stamps) permitido para su hogar. Si no reporta gastos o no proporciona comprobantes de los gastos reportados, se considerará como una declaración de que usted no desea recibir deducciones por los gastos no reportados o no respaldados con comprobantes. Puede solicitar ayuda a su representante de la agencia para obtener la documentación de las deducciones y/o gastos. El representante de la agencia le puede ayudar contactándose con otras personas para confirmar si usted está teniendo dificultad para obtener comprobantes de deducciones y/o gastos.

DECLARACIÓN DE NECESIDAD

Este documento debe ser completado por usted u otro miembro adulto de su hogar, o por un pariente, amigo o representante autorizado que conozca la situación financiera de todos los miembros del hogar. La persona que llena este documento es la fuente principal de información y usualmente será el beneficiario del Programa de Independencia Familiar (FIP) y/o del Programa de Cupones para Alimentos (Food Stamp), a menos que se hagan otros arreglos con su representante de la agencia.

No escriba en las secciones de color azul. Incluya en las siguientes páginas la información de todos los miembros de su hogar. Todas sus respuestas deben ser completas, claras y correctas antes de que su solicitud sea procesada. Si no lo son, es posible que le devuelvan el formulario para pedirle más información. Si usted no entiende una pregunta, hable con su representante de la agencia para que le ayude. Si usted necesita más espacio para proporcionar información, utilice la página 25 titulada “**Sólo para Uso del Solicitante/Beneficiario**”.

TARJETA DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)

La ayuda en efectivo del FIP y los beneficios de Food Stamp son emitidos a través del proceso de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). Usted puede obtener sus beneficios utilizando su tarjeta de EBT. Usted recibirá más información sobre este proceso de parte de la oficina de su localidad.

COSAS QUE NECESITA TRAER A LA ENTREVISTA

- Certificados de Nacimiento de todos los miembros del hogar.
- Copia de permiso de matrimonio, órdenes de manutención de menores, comprobantes de pagos de manutención de menores y/o de pensión alimenticia, sentencia de divorcio.
- Certificado de Defunción de padre/madre fallecido/a de cualquier niño dependiente a favor de quien usted haga una solicitud o de cualquier solicitante de MA fallecido.
- Comprobante de embarazo, si se trata de una mujer embarazada.
- Los números de Seguro Social de todos los miembros del hogar y de los padres ausentes.
- Comprobante de estatus de inmigración, si no es ciudadano estadounidense.
- Documento que sirva de identificación (licencia para conducir, recibo de alquiler, etc.)
- Pólizas de seguro de vida y contratos de servicios funerarios.
- Comprobante de cobertura de seguro médico.
- Número de reclamo para veterano.
- Colillas de pago, sobres de pago, declaración de salario y/o comprobante de último día laborado y del pago salarial más reciente.
- En el caso de personas que trabajan por cuenta propia: la declaración de impuestos federales más reciente, registros contables de los últimos tres meses o comprobantes de ventas y gastos.
- Comprobante de ingresos recibidos por alquiler de inmueble.
- Cartas de aprobación o comprobante de Seguro Social, SSI, UCB, TDI, compensación laboral, etc.
- Estados bancarios de cuentas de cheques, cuentas de ahorro, certificados de depósito, cuentas con uniones de crédito o de acciones y bonos.
- Documentos de fideicomiso y anualidades.
- Escrituras de propiedad (casa, terreno).
- Recibo de pago de alquiler/hipoteca (incluyendo seguro de vivienda, impuestos y otros gastos de alojamiento).
- Comprobantes de gastos médicos como recibos de pago de medicamentos, hospital, médico o primas de seguro.
- Recibos de pago de servicio de cuidado de niños.
- Recibos de pago de servicios públicos.
- Tarjeta/s de circulación de vehículo/s.
- Copia de poder legal o de tutela de menores.
- Aviso de terminación de Asistencia Pública/MA/Food Stamp de otro estado.

CUPONES PARA ALIMENTOS (FOOD STAMPS/FS)

Su solicitud de cupones para alimentos será tomada en cuenta desde la fecha en que se recibe el formulario firmado. Si se concluye que usted es elegible para beneficios del Programa de Cupones para Alimentos, esos beneficios serán determinados a partir de la fecha en que la agencia recibe su formulario de solicitud firmado. Usted recibirá una petición escrita acerca de cualquier verificación que haga falta en su solicitud. Su solicitud será denegada si no se recibe la verificación faltante en los diez (10) días siguientes a la petición escrita.

AYUDA ECONÓMICA (FIP) (GPA)

Si está solicitando el FIP o GPA y se concluye que usted es elegible para beneficios del FIP o GPA, esos beneficios serán determinados desde la fecha en que se recibe su formulario de solicitud firmado.

ASISTENCIA MÉDICA (MA)

Pueden proporcionárseles beneficios médicos a adultos desde tres (3) meses antes del mes en que se recibe el formulario de solicitud firmado, siempre y cuando se reúnan todos los factores de elegibilidad cada mes.



**NO ESCRIBA EN
LAS SECCIONES
DE COLOR AZUL**



**ESCRIBA SÓLO EN
LAS SECCIONES DE
COLOR AMARILLO**

1

Incluya a todas las personas que viven con usted actualmente.
(Asegúrese de incluirlos a todos aunque no deseen asistencia, inclusive a bebés en gestación.)

MIEMBROS

					Parentesco con usted	Ayuda solicitada <input checked="" type="checkbox"/>					Fecha de Nacimiento	Ver
	Apellido (de Soltera)	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre			FS	FIP	MA	GPA	NINGUNA		
1											__/__/__	
2											__/__/__	
3											__/__/__	
4											__/__/__	
5											__/__/__	
6											__/__/__	
7											__/__/__	
8											__/__/__	
9											__/__/__	
10											__/__/__	
11											__/__/__	
12											__/__/__	

Si hay más personas viviendo con usted, por favor inclúyalas en la página 25 titulada "Sólo para Uso del Solicitante/Beneficiario".

1a

¿Usted u otro miembro de su hogar está huyendo para evadir enjuiciamiento, arresto o ejecución de pena privativa de la libertad bajo las leyes del lugar del que está huyendo, por cometer o intentar cometer un delito que es considerado como "felony" (delito grave) según las leyes del lugar del que está huyendo o, en el caso de Nueva Jersey, que es considerado como "high misdemeanor" (delito grave) en el Estado de Nueva Jersey, o está quebrantando alguna condición de libertad bajo palabra o de libertad condicional impuesta por una ley federal o estatal? SÍ NO

Si respondió SÍ, indique el/los nombre/s del/de los miembro/s del hogar que corresponda _____
 Fecha _____ Estado _____

¿Usted u otro miembro de su hogar alguna vez ha sido encontrado culpable por el Departamento, a través de su proceso de Audiencia Administrativa, de haber hecho declaraciones o representaciones fraudulentas con respecto a su propia identidad o domicilio a fin de recibir múltiples beneficios simultáneamente de asistencia del Programa de Independencia Familiar (FIP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Programa de Cupones para Alimentos (Food Stamp/FS) o Programa de Asistencia Médica (MA), o ha sido condenado por un tribunal federal o estatal por cometer este tipo de delitos? SÍ NO

Si respondió SÍ, indique el/los nombre/s del/de los miembro/s del hogar que corresponda _____
 Fecha del hallazgo/condena _____ Estado _____

DEL HOGAR

MEMB													
Cont.	Número de Seguro Social	Ver	Sexo	Estado Civil	Grado más alto de educación alcanzado	Ciudadano de EE.UU.	Citizenship date	Ver	Rel	Ver	Eth	Work Part	Tax Dep
1	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
2	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
3	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
4	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
5	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
6	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
7	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
8	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
9	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
10	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
11	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							
12	___/___/___		F [] M []			Sí [] No []							

Si hay más personas viviendo con usted, por favor inclúyalas en la página 25 titulada "Sólo para Uso del Solicitante/Beneficiario".

RESPONDA LO SIGUIENTE SI USTED ESTÁ SOLICITANDO CUPONES PARA ALIMENTOS (FOOD STAMPS)

y vive en un hogar donde hay menores de dieciocho (18) años y hay más de un padre adulto o adulto que ejerza la autoridad paterna sobre los menores de edad.

Usted y demás miembros de su hogar deben elegir como cabeza de familia a un padre adulto de niños que viven en la casa o a un adulto que ejerce la autoridad paterna sobre menores de 18 años que viven en la casa. Todos los miembros adultos deben estar de acuerdo con la elección.

Si usted vive en un hogar así, por favor designe aquí a la cabeza de familia. Nombre: _____

1b

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar es veterano militar,
dependiente de veterano o sobreviviente de veterano?

Sí
No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona.

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Estatus de Veterano		¿Solicitó Beneficios para Veterano?	Fecha de Servicio	Nº de Serie	Nº de Reclamo para Veterano
			Veterano	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Dependiente	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
			Sobreviviente	<input type="checkbox"/>				
			Veterano	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Dependiente	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
			Sobreviviente	<input type="checkbox"/>				
			Veterano	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Dependiente	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
			Sobreviviente	<input type="checkbox"/>				

2

¿Algún miembro del hogar NO es ciudadano estadounidense?

Sí
No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona en su casa que no es ciudadano estadounidense.

A L I E

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	País de Origen	Número de Registro de Inmigrante	Número de Inmigración	
Estatus de Inmigrante:	<input type="checkbox"/> Refugiado		Fecha de Ingreso _____	Fecha de Estatus del INS* _____		
	<input type="checkbox"/> Residente Permanente		Fecha de Ingreso _____	Fecha de Residencia Permanente _____		
	<input type="checkbox"/> Otro		Fecha de Ingreso _____	Fecha de Estatus del INS* _____		
Nombre del Patrocinador			Dirección del Patrocinador		Alien	Origin
¿Vivió en RI antes del 8/22/96?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Vivió en RI antes del 7/1/97?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	País de Origen	Número de Registro de Inmigrante	Número de Inmigración	
Estatus de Inmigrante:	<input type="checkbox"/> Refugiado		Fecha de Ingreso _____	Fecha de Estatus del INS* _____		
	<input type="checkbox"/> Residente Permanente		Fecha de Ingreso _____	Fecha de Residencia Permanente _____		
	<input type="checkbox"/> Otro		Fecha de Ingreso _____	Fecha de Estatus del INS* _____		
Nombre del Patrocinador			Dirección del Patrocinador		Alien	Origin
¿Vivió en RI antes del 8/22/96?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Vivió en RI antes del 7/1/97?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

* INS: Servicio de Inmigración y Naturalización

3 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar está en un establecimiento de alojamiento colectivo como de los tipos indicados a continuación? Sí
No

EJEMPLOS

- Albergue para Personas sin Hogar
- Hogar Colectivo
- Centro de Tratamiento de la Drogadicción
- Centro de Tratamiento del Alcoholismo
- Hospital
- Albergue para Mujeres Maltratadas
- Centro de Asistencia con la Vida Diaria (Assisted Living)
- Residencia Tipo “Dormitory”

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona. G R O P

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Nombre del Establecimiento	Type
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Nombre del Establecimiento	Type

4 ¿Usted o algún miembro del hogar de dieciséis (16) años de edad o más está en una escuela o en un programa de capacitación laboral? Sí
No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona. S C H L

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Escuela/Programa de Capacitación	Dirección							
Marque una:	Tiempo Completo []	Medio Tiempo []	Menos de Medio Tiempo []	Fecha de Conclusión	Type	Status	Ver	Count FIP	Count FS	MA	GPA

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Escuela/Programa de Capacitación	Dirección							
Marque una:	Tiempo Completo []	Medio Tiempo []	Menos de Medio Tiempo []	Fecha de Conclusión	Type	Status	Ver	Count FIP	Count FS	MA	GPA

5 Aparte de usted o su cónyuge, ¿hay alguien viviendo en la casa que tiene niños menores de veintiuno (21) que también viven en la casa? Sí
No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona. P A R E

Apellido del Padre/Madre	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Apellido del Niño	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Ver	Apellido del Niño	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Ver
--------------------------	-------------	-------------------------	-------------------	-------------	-------------------------	-----	-------------------	-------------	-------------------------	-----

¿Alguien que vive con usted compra y prepara la comida de él/ella por separado?

Sí

No

Si su respuesta es sí, indique las personas que no comen con usted. E A T S

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre

7

¿Usted o alguien de la casa está embarazada?

Sí

No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de la persona embarazada. P R E G

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Fecha en que nacerá el bebé	Ver	Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Fecha en que nacerá el bebé	Ver
			__/__/__					__/__/__	

8

¿Usted, su cónyuge o alguien de la casa está mental o físicamente enfermo, impedido, discapacitado o ciego?

Sí

No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona. D I S A

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Problema de Salud (describa)	¿Fue provocado por un accidente? Sí [] No []
¿Esta persona está activa con la Oficina de Servicios de Rehabilitación o Servicios para los Ciegos?			Sí [] No []	Factor Ver Review Blind
¿Esta persona ha solicitado beneficios de SSI o de Seguro Social (RSDI)?			Sí [] No []	

9

¿En la casa viven niños cuyos padres han fallecido?

Sí

No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona. D E C P

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Número de Seguro Social	Sexo Masculino [] Femenino []	Fecha de Nacimiento	Fecha de Fallecimiento	Ver				
			____/____/____		__/__/__	__/__/__					
En los siguientes espacios, proporcione los datos de los niños de este padre/madre fallecido/a.											
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	F	Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	F	Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	I
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	F	Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	F	Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	I

10

¿Hay Algún niño de la casa no vive con ambos padres (biológicos o adoptivos)?

Sí No

Indique como Padre Ausente al esposo o ex esposo para niños nacidos en ese matrimonio o en los 10 meses siguientes a la sentencia definitiva de divorcio de ese esposo. Si la sentencia de divorcio u orden judicial excluye a su esposo o ex esposo como padre de algún niño incluido en su solicitud, usted necesita dar información del padre biológico del niño y proporcionar copias de la sentencia de divorcio u orden judicial junto con esta solicitud.

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada padre/madre ausente y los niños de cada uno de ellos en esta casa.					A B S P		
Apellido del Padre/Madre Ausente		1er. Nombre		Inicial del 2do. Nombre	Sexo M [] F []	Número de Seguro Social del Padre/Madre Ausente ____/____/____	Fecha de Nacimiento del Padre/Madre Ausente ____/____/____
Dirección del Padre/Madre Ausente				Número Telefónico del Padre/Madre Ausente			
Nombre del Empleador		Dirección del Empleador		¿Este padre o madre ausente está discapacitado/a y/o es veterano/a? Sí [] No []		Coop	
¿Los padres de este/os niño/s estaban casados entre sí? Sí [] No [] Si es así, fecha del matrimonio ____/____/____		¿Los padres de este/os niño/s están casados entre sí actualmente? Sí [] No [] Si no es así, fecha del divorcio ____/____/____		Estado Civil del Padre/Madre Ausente: Nunca se ha casado [] Divorciado/a [] Viudo/a [] Casado/a [] Separado/a [] No se sabe []			
Niño/s del padre/madre ausente que vive/n en esta casa: Apellido del Niño		1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Estado donde Nació	¿Existe una orden judicial de manutención de menores, cobertura médica o paternidad? (Si responde "sí", indique la fecha)		P
1.	Sí [] No []	Manutención [] Cobertura médica [] Paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____				
2.	Sí [] No []	Manutención [] Cobertura médica [] Paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____				
3.	Sí [] No []	Manutención [] Cobertura médica [] Paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____				
4.	Sí [] No []	Manutención [] Cobertura médica [] Paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____				
5.	Sí [] No []	Manutención [] Cobertura médica [] Paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____				
Apellido del Padre/Madre Ausente		1er. Nombre		Inicial del 2do. Nombre	Sexo M [] F []	Número de Seguro Social del Padre/Madre Ausente ____/____/____	Fecha de Nacimiento del Padre/Madre Ausente ____/____/____
Dirección del Padre/Madre Ausente				Número Telefónico del Padre/Madre Ausente			
Nombre del Empleador		Dirección del Empleador		¿Este padre o madre ausente está discapacitado/a y/o es veterano/a? Sí [] No []		Coop	
¿Los padres de este/os niño/s estaban casados entre sí? Sí [] No [] Si es así, fecha del matrimonio ____/____/____		¿Los padres de este/os niño/s están casados entre sí actualmente? Sí [] No [] Si no es así, fecha del divorcio ____/____/____		Estado Civil del Padre/Madre Ausente: Nunca se ha casado [] Divorciado/a [] Viudo/a [] Casado/a [] Separado/a [] No se sabe []			
Niño/s del padre/madre ausente que vive/n en esta casa: Apellido del Niño		1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Estado donde Nació	¿Existe una orden judicial de manutención de menores, cobertura médica o paternidad? (Si responde "sí", indique la fecha)		P
1.	Sí [] No []	Manutención [] Cobertura médica [] Paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____				
2.	Sí [] No []	Manutención [] Cobertura médica [] Paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____				
3.	Sí [] No []	Manutención [] Cobertura médica [] Paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____				
4.	Sí [] No []	Manutención [] Cobertura médica [] Paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____				
5.	Sí [] No []	Manutención [] Cobertura médica [] Paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____				

Pregunta 10 (continuación)

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada padre/madre ausente y los niños de cada uno de ellos en esta casa.	A B S P
---	---------

Apellido del Padre/Madre Ausente	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Sexo M [] F []	Número de Seguro Social del Padre/Madre Ausente ____/____/____	Fecha de Nacimiento del Padre/Madre Ausente ____/____/____	
Dirección del Padre/Madre Ausente			Número Telefónico del Padre/Madre Ausente			
Nombre del Empleador		Dirección del Empleador		¿Este padre o madre ausente está discapacitado/a y/o es veterano/a? Sí [] No []	Coop	
¿Los padres de este/os niño/s estaban casados entre sí? Sí [] No [] Si es así, fecha del matrimonio ____/____/____		¿Los padres de este/os niño/s están casados entre sí actualmente? Sí [] No [] Si no es así, fecha del divorcio ____/____/____		Estado Civil del Padre/Madre Ausente: Nunca se ha casado [] Divorciado/a [] Viudo/a [] Casado/a [] Separado/a [] No se sabe []		
Niño/s del padre/madre ausente que vive/n en esta casa: Apellido del Niño 1er. Nombre Inicial del 2do. Nombre			Estado donde Nació	¿Existe una orden judicial de manutención de menores, cobertura médica o paternidad? (Si responde "sí", indique la fecha)		P
1.				Sí [] No []	Manutención [] Fecha _____ Cobertura médica [] Fecha _____ Paternidad [] Fecha _____	
2.				Sí [] No []	Manutención [] Fecha _____ Cobertura médica [] Fecha _____ Paternidad [] Fecha _____	
3.				Sí [] No []	Manutención [] Fecha _____ Cobertura médica [] Fecha _____ Paternidad [] Fecha _____	
4.				Sí [] No []	Manutención [] Fecha _____ Cobertura médica [] Fecha _____ Paternidad [] Fecha _____	
5.				Sí [] No []	Manutención [] Fecha _____ Cobertura médica [] Fecha _____ Paternidad [] Fecha _____	

Apellido del Padre/Madre Ausente	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Sexo M [] F []	Número de Seguro Social del Padre/Madre Ausente ____/____/____	Fecha de Nacimiento del Padre/Madre Ausente ____/____/____	
Dirección del Padre/Madre Ausente			Número Telefónico del Padre/Madre Ausente			
Nombre del Empleador		Dirección del Empleador		¿Este padre o madre ausente está discapacitado/a y/o es veterano/a? Sí [] No []	Coop	
¿Los padres de este/os niño/s estaban casados entre sí? Sí [] No [] Si es así, fecha del matrimonio ____/____/____		¿Los padres de este/os niño/s están casados entre sí actualmente? Sí [] No [] Si no es así, fecha del divorcio ____/____/____		Estado Civil del Padre/Madre Ausente: Nunca se ha casado [] Divorciado/a [] Viudo/a [] Casado/a [] Separado/a [] No se sabe []		
Niño/s del padre/madre ausente que vive/n en esta casa: Apellido del Niño 1er. Nombre Inicial del 2do. Nombre			Estado donde Nació	¿Existe una orden judicial de manutención de menores, cobertura médica o paternidad? (Si responde "sí", indique la fecha)		P
1.				Sí [] No []	Manutención [] Fecha _____ Cobertura médica [] Fecha _____ Paternidad [] Fecha _____	
2.				Sí [] No []	Manutención [] Fecha _____ Cobertura médica [] Fecha _____ Paternidad [] Fecha _____	
3.				Sí [] No []	Manutención [] Fecha _____ Cobertura médica [] Fecha _____ Paternidad [] Fecha _____	
4.				Sí [] No []	Manutención [] Fecha _____ Cobertura médica [] Fecha _____ Paternidad [] Fecha _____	
5.				Sí [] No []	Manutención [] Fecha _____ Cobertura médica [] Fecha _____ Paternidad [] Fecha _____	

11

¿Usted u otro padre en la casa está desempleado o sólo trabaja a tiempo parcial? (por favor marque una) Desempleado A tiempo parcial Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas.

UNEM

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	¿Esta persona recibió en los últimos 12 meses compensación por desempleo?	Sí [] No []	Fechas en que fue recibida: De _____ a _____		UC	Ver
¿Esta persona rechazó en los últimos 30 días una oferta de empleo o de programa de capacitación?					Sí []	No []	Allow	
¿Esta persona está registrada con el Departamento de Trabajo y Capacitación Laboral (D.L.T.)?					Sí []	No []	Ver	
Indique abajo las horas y semanas laboradas en los últimos 30 días.				Indique todos los empleos que ha tenido en los últimos cinco (5) años.				
Semana de Trabajo	Fecha	Nº de Días Laborados	Horas Laboradas	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador	Fechas del Empleo	Monto Devengado	
Semana uno (1)						De _____ a _____		
Semana dos (2)						De _____ a _____		
Semana tres (3)						De _____ a _____		
Semana cuatro (4)						De _____ a _____		
Semana cinco (5)						De _____ a _____		

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	¿Esta persona recibió en los últimos 12 meses compensación por desempleo?	Sí [] No []	Fechas en que fue recibida: De _____ a _____		UC	Ver
¿Esta persona rechazó en los últimos 30 días una oferta de empleo o de programa de capacitación?					Sí []	No []	Allow	
¿Esta persona está registrada con el Departamento de Trabajo y Capacitación Laboral (D.L.T.)?					Sí []	No []	Ver	
Indique abajo las horas y semanas laboradas en los últimos 30 días.				Indique todos los empleos que ha tenido en los últimos cinco (5) años.				
Semana de Trabajo	Fecha	Nº de Días Laborados	Horas Laboradas	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador	Fechas del Empleo	Monto Devengado	
Semana uno (1)						De _____ a _____		
Semana dos (2)						De _____ a _____		
Semana tres (3)						De _____ a _____		
Semana cuatro (4)						De _____ a _____		
Semana cinco (5)						De _____ a _____		

12

¿Usted u otro miembro del hogar dejó un empleo en los últimos sesenta (60) días? Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas.

QUIT

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Motivo por el que dejó el empleo	Fecha en que dejó el empleo ____/____/____	Pri	GC
Nombre del Empleador			Dirección del Empleador			
Si alguien de la casa responde "sí" a esta pregunta, complete la siguiente sección por cada miembro del hogar que tenga 16 años de edad o más y haya laborado en los últimos dos (2) meses						
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Salario bruto del mes pasado \$ _____	Salario bruto de este mes \$ _____	Salario bruto total de ambos meses \$ _____	
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Salario bruto del mes pasado \$ _____	Salario bruto de este mes \$ _____	Salario bruto total de ambos meses \$ _____	

13

¿Usted u otro miembro del hogar
está participando en una huelga?

Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona.

S T R K

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Fecha de inicio de la huelga ____/____/____	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador	Type
----------	-------------	-------------------------	--	----------------------	-------------------------	------

14

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar
tiene algún dinero en efectivo?

Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona que tiene dinero en efectivo.

C A S H

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Monto \$ _____	Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Monto \$ _____
----------	-------------	-------------------------	-------------------	----------	-------------	-------------------------	-------------------

15

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar es titular de alguna
cuenta como de los tipos indicados a continuación?

Sí No **EJEMPLOS**

- Cuenta de cheques
- Cuenta con unión de crédito
- Cuenta de ahorro
- Cuenta de mercado monetario
- Certificado de ahorros
- Certificado de depósito
- Fideicomiso
- Plan Keogh
- Reserva para gastos funerarios
- Cuentas para jubilación
- Anualidades
- IRA
- Plan College 529

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas por cada cuenta.

B A N K

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Monto \$ _____				Type	
Nombre de Copropietario:			Institución Financiera:		Ver	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	MA Lien
Dirección:			Dirección:							

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Monto \$ _____				Type	
Nombre de Copropietario:			Institución Financiera:		Ver	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	MA Lien
Dirección:			Dirección:							

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Monto \$ _____				Type	
Nombre de Copropietario:			Institución Financiera:		Ver	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	MA Lien
Dirección:			Dirección:							

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Monto \$ _____				Type	
Nombre de Copropietario:			Institución Financiera:		Ver	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	MA Lien
Dirección:			Dirección:							

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Monto \$ _____				Type	
Nombre de Copropietario:			Institución Financiera:		Ver	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	MA Lien
Dirección:			Dirección:							

15a

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar recibió un pago global de Seguro Social o RSDI en los últimos 6 meses?

Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas.

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Monto recibido \$ _____	Fecha de Recibo ____/____/____
----------	---------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

16

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar es propietario y/o tiene registrado bajo su nombre algún vehículo como de los tipos indicados a continuación?

Sí No **EJEMPLOS**

Automóvil

Bote

Camión

Motocicleta

Vehículo para acampar

Vehículo para andar en la Nieve

Vehículo recreativo

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas por cada vehículo.

CARS

Apellido del Dueño	Primer Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Vehículo	Marca	Modelo	Año	Blue book value \$ _____			
¿Para qué se usa el vehículo?	Monto adeudado \$ _____	Ver	Nº de Identificación del Vehículo	Nº de Tarjeta de Circulación	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	MA Lien	
Compañía de Seguros										

Apellido del Dueño	Primer Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Vehículo	Marca	Modelo	Año	Blue Book Value \$ _____			
¿Para qué se usa el vehículo?	Monto adeudado \$ _____	Ver	Nº de Identificación del Vehículo	Nº de Tarjeta de Circulación	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	MA Lien	
Compañía de Seguros										

Apellido del Dueño	Primer Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Vehículo	Marca	Modelo	Año	Blue Book Value \$ _____			
¿Para qué se usa el vehículo?	Monto adeudado \$ _____	Ver	Nº de Identificación del Vehículo	Nº de Tarjeta de Circulación	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	MA Lien	
Compañía de Seguros										

17

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar es dueño de algún objeto de valor?

Sí No

(Incluya cualquier objeto de valor no indicado en las preguntas 14, 15 ó 16)

EJEMPLOS Acciones Bienes Personales (antigüedades, colecciones, joyas, etc.) Contrato de Servicios Funerarios
Bonos Seguro de Vida

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas.

R E S O

ACCIONES, BONOS, OTROS

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Tipo de Recurso			Count FIP	Count FS	Ver
Apellido del Copropietario	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Dirección del Copropietario			Count MA	Count GPA	MA Lien

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Tipo de Recurso			Count FIP	Count FS	Ver
Apellido del Copropietario	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Dirección del Copropietario			Count MA	Count GPA	MA Lien

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Tipo de Recurso			Count FIP	Count FS	Ver
Apellido del Copropietario	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Dirección del Copropietario			Count MA	Count GPA	MA Lien

SEGURO DE VIDA

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Nombre de la Compañía	Nº de Póliza	Tipo	Count FIP	Count FS	Ver
Propiedad de			Valor Nominal	Valor en Efectivo	Monto de Préstamo	Count MA	Count GPA	MA Lien

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Nombre de la Compañía	Nº de Póliza	Tipo	Count FIP	Count FS	Ver
Propiedad de			Valor Nominal	Valor en Efectivo	Monto de Préstamo	Count MA	Count GPA	MA Lien

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Nombre de la Compañía	Nº de Póliza	Tipo	Count FIP	Count FS	Ver
Propiedad de			Valor Nominal	Valor en Efectivo	Monto de Préstamo	Count MA	Count GPA	MA Lien

CONTRATO DE SERVICIOS FUNERARIOS

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Valor	Irrevocable	Fecha de Entrada en Vigencia ____/____/____	Count FIP	Count FS	Ver
Funeraria			Dirección de la Funeraria			Count MA	Count GPA	MA Lien

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Valor	Irrevocable	Fecha de Entrada en Vigencia ____/____/____	Count FIP	Count FS	Ver
Funeraria			Dirección de la Funeraria			Count MA	Count GPA	MA Lien

18

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar tiene algún derecho sobre un bien inmueble como terreno, edificios, propiedad vitalicia (life estate) o de tiempo compartido (time share), etc.? Sí
No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona.								PROP	
Apellido del Dueño	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Tipo de Propiedad (describa)	Valor en Efectivo \$ _____	Monto Adeudado \$ _____		Ver		
Tipo de Tenencia de la Propiedad: Propietario Único <input type="checkbox"/> Mancomunada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Dirección de la Propiedad	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	MA Lien	Review Date
¿Esta propiedad es su casa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ; ¿Es la casa de su cónyuge? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ; ¿Es la casa de sus dependientes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									

19

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar ha regalado, vendido, traspasado por escritura o transferido algún objeto de valor a alguna persona o entidad en los últimos sesenta (60) meses? Sí
No

(La elegibilidad para el Programa Food Stamp sólo es afectada por transferencias en los últimos tres [3] meses.)

EJEMPLOS Vivienda Cuentas Bancarias Bonos Automóvil Acciones

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas.								TRAN	
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Recurso Transferido						
Monto Transferido \$ _____	Fecha de la Transferencia ____/____/____	¿Qué recibió usted a cambio?				Allow FIP	Allow FS	Allow MA	Allow GPA
Monto Transferido \$ _____	Fecha de la Transferencia ____/____/____	¿Qué recibió usted a cambio?				Allow FIP	Allow FS	Allow MA	Allow GPA
Monto Transferido \$ _____	Fecha de la Transferencia ____/____/____	¿Qué recibió usted a cambio?				Allow FIP	Allow FS	Allow MA	Allow GPA

19a

¿Ha sido usted nombrado como beneficiario (principal, secundario, etc.) de algún fideicomiso? Sí
No

Si su respuesta es sí, debe proporcionar copias de documentos del fideicomiso aunque usted no esté recibiendo actualmente ningún pago del fideicomiso.		
Capital y fecha de establecimiento del fideicomiso \$ _____ Fecha ____/____/____	Monto de los pagos que usted recibe \$ _____	Frecuencia con que usted recibe los pagos

19b

¿Usted, su cónyuge o una persona o entidad actuando en nombre suyo (incluyendo juzgados) estableció un fideicomiso o depositó dinero en un fideicomiso en los últimos sesenta (60) meses? Sí
No

Si su respuesta es sí, usted debe proporcionar copias de documentos del fideicomiso.		
Establecido por	Fecha de Establecimiento ____/____/____	Monto \$ _____

20

¿Usted u otro miembro del hogar ha recibido o espera recibir ingresos por concepto de trabajo este mes?

Sí No

EJEMPLOS • Salarios Fijos/Variables
• Comisiones
• Capacitación Laboral

• Programa de Trabajo y Estudio*
• Taller de Adaptación Laboral para Discapacitados**

• Reserva del Ejército
• Guardia Nacional
• Militar de EE.UU.

* Work-Study ** Sheltered Workshop

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona.

J I N C

Apellido		1er. Nombre		Inicial del 2do. Nombre		¿Con qué frecuencia recibe el pago? [] Cada semana [] Cada dos semanas		Nombre del Empleador	
Fecha de Comienzo en el Empleo ___/___/___		Día de Semana en que se Paga		Puesto que Ocupa		[] Dos veces por mes [] Una vez por mes [] Otro (con qué frecuencia) _____		Dirección del Empleador	
Indique el monto bruto recibido en cada día de pago de este mes.									
Día de Pago	Fecha en que recibió el pago	Fecha de finalización del período de nómina	Horas laboradas por período de nómina	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/Comisiones	Recur	Ver		
1 ^o	___/___/___	___/___/___		\$	\$				
2 ^o	___/___/___	___/___/___		\$	\$				
3 ^o	___/___/___	___/___/___		\$	\$				
4 ^o	___/___/___	___/___/___		\$	\$	Count FS	Count FIP		
5 ^o	___/___/___	___/___/___		\$	\$				
¿Su cheque de pago incluyó crédito tributario por ingresos devengados? Sí [] No []						Count MA	Count GPA		
¿Es éste un programa de capacitación en el sitio de trabajo? Sí [] No []						Anote el N ^o de horas que espera le paguen el próximo mes.			
¿Este empleo forma parte de un programa de trabajo y estudio? Sí [] No []						N ^o de horas	Salario Bruto Esperado	Propinas/Comisiones	
¿También recibirá estos ingresos el próximo mes? Sí [] No []							\$	\$	

Apellido		1er. Nombre		Inicial del 2do. Nombre		¿Con qué frecuencia recibe el pago? [] Cada semana [] Cada dos semanas		Nombre del Empleador	
Fecha de Comienzo en el Empleo ___/___/___		Día de Semana en que se Paga		Puesto que Ocupa		[] Dos veces por mes [] Una vez por mes [] Otro (con qué frecuencia) _____		Dirección del Empleador	
Indique el monto bruto recibido en cada día de pago de este mes.									
Día de Pago	Fecha en que recibió el pago	Fecha de finalización del período de nómina	Horas laboradas por período de nómina	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/Comisiones	Recur	Ver		
1 ^o	___/___/___	___/___/___		\$	\$				
2 ^o	___/___/___	___/___/___		\$	\$				
3 ^o	___/___/___	___/___/___		\$	\$				
4 ^o	___/___/___	___/___/___		\$	\$	Count FS	Count FIP		
5 ^o	___/___/___	___/___/___		\$	\$				
¿Su cheque de pago incluyó crédito tributario por ingresos devengados? Sí [] No []						Count MA	Count GPA		
¿Es éste un programa de capacitación en el sitio de trabajo? Sí [] No []						Anote el N ^o de horas que espera le paguen el próximo mes.			
¿Este empleo forma parte de un programa de trabajo y estudio? Sí [] No []						N ^o de horas	Salario Bruto Esperado	Propinas/Comisiones	
¿También recibirá estos ingresos el próximo mes? Sí [] No []							\$	\$	

Pregunta 20 (continuación)

Apellido		1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	¿Con qué frecuencia recibe el pago? [] Cada semana [] Cada dos semanas [] Dos veces por mes [] Una vez por mes [] Otro (con qué frecuencia) _____		Nombre del Empleador	
Fecha de Comienzo en el Empleo ____/____/____		Día de Semana en que se Paga	Puesto que Ocupa			Dirección del Empleador	
Indique el monto bruto recibido en cada día de pago de este mes.							
Día de Pago	Fecha en que recibió el pago	Fecha de finalización del período de nómina	Horas laboradas por período de nómina	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/Comisiones	Recur	Ver
1º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
2º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
3º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
4º	____/____/____	____/____/____		\$	\$	Count FS	Count FIP
5º	____/____/____	____/____/____		\$	\$		
¿Su cheque de pago incluyó crédito tributario por ingresos devengados? Sí [] No []						Count MA	Count GPA
¿Es éste un programa de capacitación en el sitio de trabajo? Sí [] No []				Anote el N° de horas que espera le paguen el próximo mes.			
¿Este empleo forma parte de un programa de trabajo y estudio? Sí [] No []				N° de horas	Salario Bruto Esperado	Propinas/Comisiones	
¿También recibirá estos ingresos el próximo mes? Sí [] No []					\$	\$	

21

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar tiene un reclamo o litigio pendiente por lesiones o enfermedades sufridas a causa de un accidente automovilístico, tiene un reclamo de compensación laboral, etc., o alguna demanda judicial de la que pueda obtener dinero? Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona lesionada. S E T T

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Tipo de Reclamo (describa)	Fecha del Incidente ____/____/____	Compensación Laboral Sí [] No []
Persona (o Empresa) Responsable:		Compañía de Seguros		Nombre del Abogado	
Dirección		Dirección		Dirección	

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Tipo de Reclamo (describa)	Fecha del Incidente ____/____/____	Compensación Laboral Sí [] No []
Persona (o Empresa) Responsable:		Compañía de Seguros		Nombre del Abogado	
Dirección		Dirección		Dirección	

22

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar recibe ingresos por concepto de alquiler?

Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona que recibe alquiler.

R I N C

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Horas laboradas por semana manteniendo la propiedad	Número Total de Unidades	Freq	Ver	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA
Total recibido por concepto de alquiler: \$ _____											
¿Con qué frecuencia? _____											
¿La persona indicada anteriormente vive ahí? Sí [] No []					¿Se continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []						
Gastos del Alquiler		¿Con qué frecuencia?	Gastos del Alquiler		¿Con qué frecuencia?	Gastos del Alquiler			¿Con qué frecuencia?		
Principal de la Hipoteca \$ _____	_____	_____	Agua \$ _____	_____	_____	Electricidad \$ _____	_____	_____	_____	_____	_____
Intereses de la Hipoteca \$ _____	_____	_____	Alcantarillado \$ _____	_____	_____	Combustible \$ _____	_____	_____	_____	_____	_____
Impuestos \$ _____	_____	_____	Basura \$ _____	_____	_____	Reparaciones \$ _____	_____	_____	_____	_____	_____
Seguro \$ _____	_____	_____	Gas \$ _____	_____	_____	Otros \$ _____	_____	_____	_____	_____	_____

23

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar recibe ingresos por cuidar a niños en su casa?

Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona que cuide a niños. Adjunte documentación si desea reclamar los gastos reales.

D C I N

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Monto Total Recibido por Semana \$ _____	Nº de semanas laboradas	Horas laboradas por semana			Nº de niños bajo el cuidado		
¿Se continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []				Freq	Ver	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA

24

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar recibe pagos de huéspedes o pensionistas?

Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona. Adjunte documentación si desea reclamar los gastos reales.

R B I N

Nombre de la persona que recibe el pago		Número de horas laboradas por semana							Recur
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	¿Continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []						
Nombres de los Huéspedes/Pensionistas	Monto Recibido y Frecuencia	Incluye	Fecha de Recibo	Freq	Ver	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA
	\$ _____ por _____	Sólo hospedaje [] Hospedaje y 1-2 comidas [] Hospedaje y 3 comidas []	___/___/___						
	\$ _____ por _____	Sólo hospedaje [] Hospedaje y 1-2 comidas [] Hospedaje y 3 comidas []	___/___/___						
	\$ _____ por _____	Sólo hospedaje [] Hospedaje y 1-2 comidas [] Hospedaje y 3 comidas []	___/___/___						

25

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar recibe ingresos por trabajar por cuenta propia?

Sí No **EJEMPLOS**

Actividad agropecuaria
Ventas de puerta en puerta

Pesca
Venta de casas

Cuidado diurno fuera del hogar

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona.

B U S I

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Ingresos brutos y la frecuencia con que los recibe		Gastos		Nº promedio de horas laboradas por semana				
			\$ _____ por _____	\$ _____	Ver	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	
Tipo de Negocio	Nombre del Negocio		¿Continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []			Ver	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Ingresos brutos y la frecuencia con que los recibe		Gastos		Nº promedio de horas laboradas por semana				
			\$ _____ por _____	\$ _____	Ver	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA	
Tipo de Negocio	Nombre del Negocio		¿Continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []			Ver	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA

26

RESERVADO

27

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar recibe una subvención o beca estudiantil, préstamo para estudios o beneficios educacionales para veteranos?

Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas indicando en líneas separadas cada fuente de ingresos para educación. Por favor, traiga comprobantes para verificar todas las matrículas y costos.

S T I N

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Monto recibido	Período cubierto por la subvención/préstamo		Fecha en que se recibió		Fecha del pago más reciente	
			\$ _____	De _____ a _____	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Tipo de Subvención/Préstamo	¿Continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []			Recur	Ver	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Monto recibido	Período cubierto por la subvención/préstamo		Fecha en que se recibió		Fecha del pago más reciente	
			\$ _____	De _____ a _____	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Tipo de Subvención/Préstamo	¿Continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []			Recur	Ver	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA

28

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar ha recibido o espera recibir ingresos como de los tipos indicados a continuación?

Sí
No

EJEMPLOS:

- | | | |
|---|---|--|
| A anualidades | Fondos de fideicomiso | Pensión mejorada para veteranos |
| Asignación para dependientes de militares | Hogar sustituto (foster care) | Pensiones de jubilación |
| Asistencia de otro estado | Ingresos Complementarios de Seguridad (SSI) | Reclamo legal y de seguro |
| Ayuda y atención para veteranos | Manutención de menores | Reembolso por crédito tributario por ingresos devengados |
| Ayuda en especie (que no sea alojamiento) | Pago global | Reembolso del impuesto sobre la renta |
| Ayuda en forma de alojamiento | Pago de servicios públicos concedido por la Sección 8 | Regalos, premios, herencia, lotería |
| Beneficios básicos para veteranos | Patrocinio para inmigrantes | Seguro por discapacidad temporal (TDI) |
| Beneficios por huelga | Pensión alimenticia | Seguro Social (RSDI) |
| Compensación por desempleo | Pensión de jubilación para trabajadores del ferrocarril | Subsidio para familias adoptivas |
| Compensación laboral | | |
| Compensación para veteranos | | |
| Dividendos, intereses | | |

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas por cada tipo de ingresos que esa persona recibe. U N E A

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Monto y Frecuencia con que se Reciben \$ _____ por _____	Día de Recibo de los Ingresos ____/____/____	Nº de Reclamo					
Tipo de Ingresos		¿Continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []	Type	Freq	Ver	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Monto y Frecuencia con que se Reciben \$ _____ por _____	Día de Recibo de los Ingresos ____/____/____	Nº de Reclamo					
Tipo de Ingresos		¿Continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []	Type	Freq	Ver	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Monto y Frecuencia con que se Reciben \$ _____ por _____	Día de Recibo de los Ingresos ____/____/____	Nº de Reclamo					
Tipo de Ingresos		¿Continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []	Type	Freq	Ver	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Monto y Frecuencia con que se Reciben \$ _____ por _____	Día de Recibo de los Ingresos ____/____/____	Nº de Reclamo					
Tipo de Ingresos		¿Continuará recibiendo estos ingresos en los siguientes meses? Sí [] No []	Type	Freq	Ver	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA

Si alguien de la casa espera recibir ingresos en el futuro, complete las siguientes casillas para esa/s persona/s.

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Tipo de Ingresos Esperado	Fecha en que se espera recibir los ingresos ____/____/____
----------	-------------	-------------------------	---------------------------	---

28a

¿Alguna vez un miembro de su hogar recibió SSI y Seguro Social o RSDI en un mismo mes?

Sí
No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas.

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Año en que fueron recibidos
----------	---------------	----------------------------	-----------------------------

*(Si reporta gastos en las preguntas de la 29 a la 38 y proporciona comprobantes de los mismos, obtendrá el monto máximo de cupones para alimentos [food stamps] permitido para su hogar. Si no reporta gastos o no proporciona comprobantes de los gastos reportados, se considerará como una declaración de que usted no desea recibir deducciones por los gastos no reportados o no respaldados con comprobantes.)

29

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar le paga a alguien para que cuide a un adulto discapacitado o niño en esta casa?

Sí
No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona que paga por cuidado diurno.							D C E X		
Nombre de la persona que paga por el cuidado	El cuidado diurno es necesario porque él/ella está: Trabajando [] Estudiando/Capacitándose [] Buscando empleo []		¿Este costo está subsidiado? Sí [] No []	Si responde "sí", ¿cuál es el monto del subsidio? \$ _____ por _____			Monto del desembolso o copago \$ _____ por _____		
Nombre de la persona bajo el cuidado	Adulto/Menor de Edad Adulto [] Menor de Edad []	¿Continuará teniendo este costo? Sí [] No []	Freq	Type	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA
Nombre del Proveedor de Cuidado Diurno de Niños/Adultos			Dirección del Proveedor						
Nombre de la persona que paga por el cuidado	El cuidado diurno es necesario porque él/ella está: Trabajando [] Estudiando/Capacitándose [] Buscando empleo []		¿Este costo está subsidiado? Sí [] No []	Si responde "sí", ¿cuál es el monto del subsidio? \$ _____ por _____			Monto del desembolso o copago \$ _____ por _____		
Nombre de la persona bajo el cuidado	Adulto/Menor de Edad Adulto [] Menor de Edad []	¿Continuará teniendo este costo? Sí [] No []	Freq	Type	Recur	Count FIP	Count FS	Count MA	Count GPA
Nombre del Proveedor de Cuidado Diurno de Niños/Adultos			Dirección del Proveedor						

30

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar paga manutención de menores o pensión alimenticia, o reclama como dependientes en la declaración de impuestos a personas que no viven en esta casa?

Sí
No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona que paga manutención de menores o pensión alimenticia, o reclama a alguien como dependiente en la declaración de impuestos.							S U P P	
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	¿Quién hace el reclamo?	¿Tipo de gasto reclamado? Manutención de Menores [] Pensión Alimenticia [] Otro dependiente en la declaración de impuestos []	Monto Pagado \$ _____ ¿Con qué frecuencia?	Freq	Ver	
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	¿Quién hace el reclamo?	¿Tipo de gasto reclamado? Manutención de Menores [] Pensión Alimenticia [] Otro dependiente en la declaración de impuestos []	Monto Pagado \$ _____ ¿Con qué frecuencia?	Freq	Ver	

31

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar, o persona ajena al hogar, paga el alquiler o parte del alquiler del apartamento, casa, casa rodante o alojamiento donde usted vive?

Sí
No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona que paga el alquiler.						R E N T		
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Monto total del alquiler y la frecuencia de pago \$ _____ por _____	Monto que usted paga \$ _____	El Alquiler Incluye Calefacción [] Servicios Públicos []			
¿El alquiler está subsidiado? (es decir, Sección 8) Sí [] No []		Si responde "sí", el monto del subsidio es \$ _____ por _____		¿El costo del alquiler es compartido con alguien? Sí [] No []	Si responde "sí", Nombre _____ Monto \$ _____			
Nombre del Propietario			Dirección del Propietario			Type	Freq	Ver

32

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar cubre la totalidad o parte del pago de una hipoteca, impuestos sobre la propiedad, seguro u otros costos de la casa, condominio o casa rodante donde usted vive? Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona que paga costos derivados de tener casa propia.					HOME	
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Gastos derivados de tener casa propia y la frecuencia de los pagos	Nombre y Dirección del Tenedor de la Hipoteca	Type	Ver
			Primera Hipoteca Principal \$ _____ por _____ Intereses \$ _____ por _____ Incluye: Impuestos [] Seguro []			
			Segunda Hipoteca Principal \$ _____ por _____ Intereses \$ _____ por _____ Incluye Impuestos [] Seguro []			
			Impuestos \$ _____ por _____ (Si no están incluidos en la hipoteca)	¿Alguien paga parte de este gasto? Sí [] No []		
			Seguro: \$ _____ por _____	Si responde "sí", nombre de la persona que hace parte del pago:		
			Alquiler de Lote \$ _____ por _____	¿Cuál es el monto que paga esta persona? \$ _____		
			Otro \$ _____ por _____			

33

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar paga la totalidad o parte del combustible o utilidades? Sí No

En los últimos doce (12) meses, ¿obtuvo usted una subvención basada en la Ley de Asistencia con el Pago de la Energía para Familias de Bajos Ingresos (LIHEAA) en su domicilio actual? Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona.					UTIL		
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Servicio Público	Monto Pagado y Frecuencia de Pago	Utilizado para Calefacción/Enfriamiento	Freq	Ver
			Combustible	\$ _____ por _____	Calentar [] Enfriar []		
			Gas	\$ _____ por _____	Calentar [] Enfriar []		
			Leña o Carbón	\$ _____ por _____	Calentar [] Enfriar []		
			Electricidad	\$ _____ por _____	Calentar [] Enfriar []		
			Teléfono	\$ _____ por _____			
			Agua	\$ _____ por _____			
			Alcantarillado	\$ _____ por _____			
			Recolección de Basura	\$ _____ por _____			
			Otro	\$ _____ por _____			
¿Alguien paga parte de los costos de calefacción o enfriamiento de la casa? Sí [] No []						LIHEA	Ver
Si responde "sí", indique el nombre de la/s persona/s que paga/n parte de los costos de calefacción o enfriamiento:					SUA		
¿Cuál es el monto de los costos de calefacción/enfriamiento que paga esta persona? \$ _____							

34

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar paga por hospedaje o por hospedaje y comida?

Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona que paga por hospedaje o por hospedaje y comida.

R B E X

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Monto Pagado y Frecuencia de Pago \$ _____ por _____	¿Qué cubre este pago? Sólo hospedaje [] Hospedaje y 1-2 comidas [] Hospedaje y 3 comidas []	Freq	Ver	Type
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Monto Pagado y Frecuencia de Pago \$ _____ por _____	¿Qué cubre este pago? Sólo hospedaje [] Hospedaje y 1-2 comidas [] Hospedaje y 3 comidas []			

35

Si usted está solicitando cupones para alimentos, ¿vive alguien en la casa que sea mayor de sesenta (60) años o esté discapacitado, que incurra en algún gasto médico no cubierto por un seguro médico?

Sí No

EJEMPLOS Primas de seguro médico Aparatos auditivos Cuidado dental Medicamentos recetados
Primas de Medicare Anteojos Transporte para ir a tratamiento o servicios médicos

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona en la casa mayor de 60 años o discapacitada que incurra en gastos médicos no cubiertos por un seguro médico.

F M E D

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Tipo de Gasto Médico	Monto Incurrido \$ _____ Frecuencia _____	¿Hasta cuándo cree usted que esto continuará?	Ver
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Tipo de Gasto Médico	Monto Incurrido \$ _____ Frecuencia _____	¿Hasta cuándo cree usted que esto continuará?	
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Tipo de Gasto Médico	Monto Incurrido \$ _____ Frecuencia _____	¿Hasta cuándo cree usted que esto continuará?	

SI USTED SÓLO ESTÁ SOLICITANDO CUPONES PARA ALIMENTOS (FOOD STAMPS), NO COMPLETE LAS PREGUNTAS 36, 37 NI 38 SIGUIENTES.

36

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar tiene cobertura de Medicare?

Sí No

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas acerca de cada persona.

M E D I

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Número de Reclamo de Medicare		MPP	QDWI
Fecha de inicio de la Parte A (mes/día/año)			Prima de la Parte A \$ _____	¿Quién paga este gasto?	P A Y O R	
Fecha de inicio de la Parte B (mes/día/año)			Prima de la Parte B \$ _____	¿Quién paga este gasto?	PAYOR	BUY IN
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Número de Reclamo de Medicare		MPP	QDWI
Fecha de inicio de la Parte A (mes/día/año)			Prima de la Parte A \$ _____	¿Quién paga este gasto?	P A Y O R	
Fecha de inicio de la Parte B (mes/día/año)			Prima de la Parte B \$ _____	¿Quién paga este gasto?	PAYOR	BUY IN

37

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar tiene cobertura de un programa de seguro médico u organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que no sea Medicare, Medicaid, RiteCare o RiteShare? Sí
No

Si su respuesta es “no”, ¿algún miembro del hogar es elegible para cobertura del plan de salud ofrecido por el empleador? Sí No

Si su respuesta es “no”, ¿algún miembro del hogar ha rechazado o discontinuado voluntariamente la cobertura de un seguro médico en los últimos cuatro (4) meses? Sí No

EJEMPLOS BlueCross/Blue Shield United HealthCare of New England
 BlueChip Neighborhood Health Plan of RI

Si su respuesta es sí, complete las siguientes casillas. INSU

Nombre del Tenedor de la Póliza 1er. Inicial del Apellido Nombre 2do. Nombre					Proveedor del Seguro Médico	Tipo de Cobertura	Familiar [] Individual []	Si usted paga la prima, cuál es el monto y frecuencia de pago \$ _____ por _____		
Número de Póliza	Número de Grupo		¿El seguro lo provee un empleador? Sí [] No []	Si responde “sí”, nombre del empleador que provee el seguro			Code	Type	Req	
Por favor, indique a continuación la/s persona/s cubierta/s por esta póliza de seguro.										
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Parentesco	Nº de Póliza del Individuo	Fecha de Inicio	Fecha de Vencimiento				
					__/__/__	__/__/__				
					__/__/__	__/__/__				
					__/__/__	__/__/__				

Nombre del Tenedor de la Póliza 1er. Inicial del Apellido Nombre 2do. Nombre					Proveedor del Seguro Médico	Tipo de Cobertura	Familiar [] Individual []	Si usted paga la prima, cuál es el monto y frecuencia de pago \$ _____ por _____		
Número de Póliza	Número de Grupo		¿El seguro lo provee un empleador? Sí [] No []	Si responde “sí”, nombre del empleador que provee el seguro			Code	Type	Req	
Por favor, indique a continuación la/s persona/s cubierta/s por esta póliza de seguro.										
Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Parentesco	Nº de Póliza del Individuo	Fecha de Inicio	Fecha de Vencimiento				
					__/__/__	__/__/__				
					__/__/__	__/__/__				
					__/__/__	__/__/__				

38

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar tiene algún gasto médico pendiente de pago? Sí
No

Si su respuesta es “sí”, ¿tenía usted cobertura médica cuando incurrió en esos gastos? Sí
No

Si tiene algún gasto médico pendiente de pago, complete las siguientes casillas acerca de cada persona que recibió tratamiento médico. MEDX

Apellido	1er. Nombre	Inicial del 2do. Nombre	Fecha del Servicio	¿A quién le debe?	Monto Adeudado
			__/__/__		\$ _____
			__/__/__		\$ _____
			__/__/__		\$ _____

SÓLO PARA USO DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

Utilice esta página para agregar información sobre las preguntas de la 1 a la 38.
Asegúrese de incluir el número de la pregunta.

Pregunta N° ____ Página N° ____

Pregunta N° ____ Página N° ____

Pregunta N° ____ Página N° ____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

De los Solicitantes/Beneficiarios de los Programas de Independencia Familiar (FIP),
Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA) y Asistencia Pública General (GPA)

DERECHOS

Usted tiene el DERECHO de solicitar y, si se determina que usted es elegible, recibir Ayuda Económica, Asistencia Médica o Cupones para Alimentos (Food Stamps), de acuerdo con políticas y estándares establecidos en leyes del Estado.

Usted tiene el DERECHO de apelar y de recibir una audiencia ante un Funcionario de Audiencias del Departamento si usted no está satisfecho con alguna decisión del Departamento o si el Departamento se demora en tomar una decisión. Si usted solicita una audiencia, su apelación será escuchada prontamente. Usted puede ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que usted seleccione como representante. Los formularios de audiencia, en los que usted puede presentar su queja, están disponibles en todas las oficinas locales y estatales. Si no está satisfecho con alguna decisión del Departamento relacionada con su solicitud, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia. Debe solicitar la audiencia en los noventa (90) días siguientes a la fecha en que recibe un aviso escrito acerca de los cupones para alimentos; en los treinta (30) días siguientes a la fecha en que recibe un aviso escrito acerca del FIP, Cuidado Infantil y Asistencia Médica; y en los diez (10) días siguientes a la fecha en que recibe un aviso escrito acerca de GPA.

Usted tiene el DERECHO de rehusarse a proporcionar información sobre sus orígenes raciales/étnicos.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES (continuación)

De los Solicitantes/Beneficiarios de los Programas de Independencia Familiar (FIP), Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA) y Asistencia Pública General (GPA)

DERECHOS

Usted tiene el DERECHO de ser tratado sin discriminación. De conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.); Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (29 U.S.C. 794); Ley sobre los Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.); y el Título IX de las Enmiendas de 1972 a la Ley de Educación (20 U.S.C. 1681 et seq); la Ley de Cupones para Alimentos; la Ley sobre la Discriminación por Edad de 1975; la regulación de implementación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (45 C.F.R. Partes 80 y 84) y las regulaciones de implementación del Departamento de Educación de EE.UU. (34 C.F.R. Partes 104 y 106); y los Servicios de Alimentación y Nutrición, Departamento de Agricultura de EE.UU. (7 C.F.R. 272.6); el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Rhode Island no discrimina por motivo de raza, color de piel, país de origen (personas con dominio limitado del idioma inglés), edad, sexo, discapacidad, religión o creencias políticas, al aceptar o proporcionar servicios, empleo o tratamiento en sus programas educativos y otros programas y actividades. Bajo otras disposiciones de leyes pertinentes, el DHS no discrimina por motivo de orientación sexual, expresión o identidad de género.

Para más información sobre estas leyes y regulaciones, y los procedimientos de queja por discriminación que el DHS tiene establecidos para la resolución de quejas por discriminación, contáctese con el DHS en 600 New London Avenue #57, Cranston, Rhode Island 02920, número telefónico 462-2130 (las personas con sordera/impedimentos auditivos pueden llamar al 462-6239 ó 711). El Funcionario de Enlace de Relaciones con la Comunidad es el coordinador de la implementación del Título VI; y el Administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o su designado es el coordinador de la implementación del Título IX, Sección 504 y ADA. El Director del DHS o su designado tiene la responsabilidad general de velar por el cumplimiento del DHS con los derechos civiles.

Las preguntas al DHS concernientes a la aplicación del Título IX y 34 C.F.R. (Código de Regulaciones Federales) Parte 106 también pueden ser dirigidas al Secretario Adjunto para los Derechos Civiles, a la siguiente dirección: Assistant Secretary for Civil Rights, U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202; o ser dirigidas a: Office for Civil Rights, U.S. Department of Education, Region I, Boston, MA 02109.

Para presentar una queja por discriminación en el caso de Cupones para Alimentos (Food Stamps), envíe una carta a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o llame al 1-866-632-9992 (las personas con sordera/impedimentos auditivos pueden llamar al 711). El Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA) es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

El DHS tiene mi consentimiento para utilizar o divulgar información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago y actividades de servicios médicos, de conformidad con las prácticas de aviso de privacidad del DHS.

Usted tiene el DERECHO a la confidencialidad. El Departamento utiliza información sobre usted y otros miembros de su hogar solamente para propósitos directamente relacionados con la administración de los programas y en cumplimiento con los Estándares de Privacidad de Información Médica Individualmente Identificable establecidos en la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

El Departamento no libera información sobre usted u otros miembros de su hogar sin su consentimiento, excepto como está dispuesto en las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12 y 40-6-12.1, y en las regulaciones expuestas en los Manuales de las Políticas del DHS y del Programa de Cupones para Alimentos (Food Stamp). Cualquier persona encontrada culpable de infringir las disposiciones de las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12 será considerada culpable de delito menor. Las personas que cometen estas infracciones están sujetas a una multa máxima de doscientos dólares (\$200) o encarcelación por hasta seis (6) meses, o ambos.

RESPONSABILIDADES

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de suministrarle al Departamento información exacta sobre sus ingresos, recursos y condiciones de convivencia y alojamiento.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de comunicarnos inmediatamente (en un plazo de diez [10] días) cualquier cambio en sus ingresos, recursos o composición familiar, o cualesquiera otros cambios que afecten su hogar. En el caso de la Ayuda en Efectivo del FIP, usted debe comunicarnos inmediatamente (en un plazo de cinco [5] días) si un niño no sigue viviendo con usted por cualquier motivo. Si usted tiene la opción de “Informe Simplificado” (simplified reporting) en el Programa de Cupones para Alimentos (FS), usted debe informar cuando sus ingresos exceden del 130% del Nivel Federal de Pobreza.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar los números de Seguro Social de usted y demás miembros de su hogar, o de solicitarlos si fuera exigido como una condición para la elegibilidad. Su número de Seguro Social, así como los números de Seguro Social de todos los miembros de su hogar para quienes usted reciba asistencia, serán utilizados en cotejo por computadora con el Departamento de Trabajo y Capacitación Laboral, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Rentas Internas, los Servicios de Alimentación y Nutrición, y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por leyes, regulaciones o contratos, y estarán sujetos a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. La información obtenida de estas agencias sobre los ingresos y elegibilidad será utilizada para asegurar que su hogar es elegible para, y que reciba el monto correcto de, Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Pública General (GPA), Cuidado Infantil, Programa de Independencia Familiar (FIP) y/o Asistencia Médica (MA). Los números de Seguro Social también se utilizan para evitar la duplicación de beneficios a personas o familias bajo cualquier programa; facilitar la implementación de cambios masivos en beneficios federales; y determinar la exactitud y fiabilidad de la información proporcionada al Departamento por los solicitantes y beneficiarios de asistencia.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de reportar gastos y proporcionar comprobantes de los gastos que reporte en las preguntas de la 29 a la 38, para que pueda obtener el monto máximo de cupones para alimentos permitido para su hogar. Si no reporta gastos o no proporciona comprobantes de los gastos reportados, se considerará como una declaración de que usted no desea recibir deducciones por los gastos no reportados o no respaldados con comprobantes.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar plenamente con el personal estatal y federal que conduce revisiones para el control de la calidad.

DECLARACIÓN DE SOLICITANTE/BENEFICIARIO

(El Solicitante Debe Leer y Firmar)

I. PROGRAMAS DE INDEPENDENCIA FAMILIAR, ASISTENCIA MÉDICA Y ASISTENCIA PÚBLICA GENERAL

Sin la necesidad de firmar documento alguno, entiendo que según la Ley General de Rhode Island, Secciones 40-6-9, 40-6-10 y 40-8-15:

a.) Con Respeto a la Manutención de Menores y la Determinación de la Paternidad

He asignado al Departamento de Servicios Humanos todos y cada uno de los derechos que puedo tener como individuo y como padre/madre para actuar en mi nombre y en nombre de mi/s niño/s contra cualquier persona que no cumpla con proporcionar asistencia médica, sustento y manutención para mí y mi/s niño/s menor/es de edad, quienes recibimos asistencia pagada por el Departamento de Servicios Humanos. El Departamento de Servicios Humanos está autorizado para realizar el acto de entablar demanda para determinar la paternidad y/o recolectar mi manutención o la de mi/s niño/s, que recibimos o hemos recibido asistencia del Departamento de Servicios Humanos.

b.) Con Respeto a Montos Recuperables de Terceros

He asignado al Departamento de Servicios Humanos todos y cada uno de los derechos para actuar en mi nombre y en nombre de cualquier persona a quien yo pueda representar legalmente para obtener montos de terceros que equivalgan a montos de ayuda económica y asistencia médica proporcionados como resultado de un accidente, lesión o enfermedad.

c.) Con Respeto a Montos Recuperables de Compensación Laboral

El Departamento de Servicios Humanos puede ejercer un derecho de retención sobre cualquier adjudicación pendiente, orden o acuerdo al que yo pueda tener derecho bajo las disposiciones de la Ley de Compensación Laboral de Rhode Island, Capítulos 28-29 a 28-38 de las Leyes Generales de Rhode Island. La finalidad del derecho de retención es asegurar el reembolso al Departamento de pagos de ayuda económica y asistencia médica hechos a mí o en mi nombre para el período de la adjudicación, orden o acuerdo de mi compensación laboral.

d.) Con Respeto al Derecho de Retención sobre los Bienes de Beneficiarios Fallecidos para Reembolso de Asistencia Médica

El Departamento de Servicios Humanos puede ejercer un derecho de retención sobre los bienes de beneficiarios de Asistencia Médica que mueran a la edad de cincuenta y cinco (55) años o más. La Ley General de Rhode Island 40-8-15 dispone que la suma total de Asistencia Médica pagada a favor de un beneficiario de Asistencia Médica que tiene cincuenta y cinco (55) años de edad o más al momento de recibir tal asistencia, constituirá una deuda con el Estado y un derecho de retención sobre los bienes del beneficiario a favor del Departamento de Servicios Humanos. Sin embargo, el derecho de retención no entrará en vigencia ni se aplicará a bienes de beneficiarios a quienes les sobreviva un cónyuge o hijos menores de veintiún (21) años, o hijos ciegos o discapacitados de forma total y permanente, como se define en el Título XVI (SSI) de la Ley del Seguro Social.

e.) Con Respeto a las Anualidades

De conformidad con las leyes federales, el Estado debe beneficiarse de cualquier anualidad que yo compre o transe a partir del 8 de febrero del 2006.

Entiendo que como condición para recibir los beneficios del Programa de Independencia Familiar (FIP), se le exige a todas las personas a favor de quienes solicito el FIP cumplir con los requisitos del Programa de Independencia Familiar, a menos que estén exentos por ley.

Entiendo que esta solicitud servirá de autorización al Departamento de Servicios Humanos para obtener de proveedores de servicios médicos la información pertinente sobre mí o cualquier persona incluida en esta solicitud mientras el caso permanezca abierto.

Entiendo y acepto que debo proporcionar comprobantes de lo que he dicho, y entiendo y acepto que la oficina del DHS se contacte con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias para determinar mi elegibilidad y nivel de beneficios.

II. REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted puede autorizar a alguien ajeno a su hogar para 1) obtener los beneficios del Programa de Cupones para Alimentos (FS) por usted y/o 2) utilizarlos para comprar alimentos para usted. Si quiere autorizar a tal/es representante/s, escriba su/s nombre/s a continuación

Apellido _____ 1er. Nombre _____ Inicial del 2do. Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ ZIP _____

CERTIFICO bajo pena de perjurio que toda la información contenida en este formulario de solicitud es cierta.

Firma del Solicitante o Beneficiario	Fecha	Firma de Representante Autorizado	Fecha
Firma del Cónyuge o del otro padre del/de los niño/s	Fecha	Firma de persona que le ayude a llenar este formulario	Fecha
Firma del Tutor, Curador o Apoderado Legal	Fecha	Firma del Representante de la Agencia	Fecha

III. ADVERTENCIAS SOBRE LAS PENAS POR INFRINGIR NORMAS DEL PROGRAMA DE CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)

Entiendo que:

1. Cualquier miembro de mi hogar que intencionalmente infrinja una norma del Programa de Cupones para Alimentos puede ser excluido del Programa de Cupones para Alimentos:

* Por un período de un (1) año por la primera infracción, con las excepciones señaladas en los puntos 2 y 3 incluidos más adelante;

* Por un período de dos (2) años después de la segunda infracción, con la excepción señalada en el punto 3 incluido más adelante; y

* Permanentemente por la tercera ocasión en que se infrinja intencionalmente cualquier norma del Programa.

2. Los individuos que un tribunal federal, estatal o local encuentre culpables de haber utilizado o recibido beneficios del Programa de Cupones para Alimentos en transacciones que involucren la venta de sustancias controladas (como se definen en la sección 102 de la Ley sobre Sustancias Controladas) o uso de armas de fuego, municiones o explosivos, serán permanentemente no elegibles para el Programa de Cupones para Alimentos desde la primera ocasión en que cometen tal infracción.

3. Los individuos declarados culpables de traficar beneficios del Programa de Cupones para Alimentos equivalentes a quinientos dólares (\$500) o más serán permanentemente descalificados para el Programa de Cupones para Alimentos.

4. Los individuos que el Departamento encuentre culpables de, o que un tribunal federal o estatal declare culpables de, haber hecho declaraciones o representaciones fraudulentas con respecto a su propia identidad o domicilio a fin de recibir múltiples beneficios simultáneamente del Programa de Cupones para Alimentos, serán descalificados por un período de diez (10) años.

NO proporcione información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios del Programa de Cupones para Alimentos.

NO canjee ni venda tarjetas de EBT.

NO utilice los beneficios del Programa de Cupones para Alimentos para comprar artículos no elegibles, tales como bebidas alcohólicas y productos a base de tabaco.

NO utilice la tarjeta de EBT de otra persona para su hogar.

La información proporcionada en este formulario de solicitud puede ser utilizada o compartida por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) para la administración de los programas del DHS, así como para la administración de otros programas de asistencia financiada federalmente de conformidad con las leyes estatales y federales, contratos y regulaciones.

El DHS puede liberar información que no identifique al individuo para propósitos de investigación. Cualquier liberación de información que identifique al individuo se hará de conformidad con las leyes estatales y federales.

Entiendo las preguntas en este formulario de solicitud y las penas por ocultar información o proporcionar información falsa, o por infringir cualquiera de las normas señaladas en esta Advertencia sobre las Penas.

IV. PENAS POR PERJURIO

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas, incluyendo la información sobre ciudadanía y estatus de inmigración, y completas hasta donde es de mi conocimiento y hasta donde creo. Sé que bajo las Leyes Generales de Rhode Island, Sección 40-6-15, se puede imponer una multa máxima de \$1,000 o encarcelación por hasta cinco (5) años, o ambos, a personas que obtengan o intenten obtener, o ayuden o instiguen a alguien a obtener asistencia pública a la que no se tenga derecho, o que deliberadamente no reporten ingresos, recursos o circunstancias personales, o incrementos en los mismos que excedan del monto previamente reportado.

