SOLICITUD DE ASISTENCIA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND (DHS-2)

Instrucciones generales para completar esta solicitud

Puede solicitar ayuda para completar este formulario. Puede solicitar la traducción del formulario y los avisos. Si tiene una discapacidad o afección que le dificulta comprender o responder las preguntas de esta solicitud, podemos ayudarlo. Para informarnos de su situación, comuníquese con un representante del Departamento de Servicios Humanos (DHS, Department of Human Services) o llame a la línea de información del DHS al teléfono 462-5300.

Si desea solicitar la cobertura de atención médica asequible de Medicaid, debe completar una solicitud diferente.
La cobertura de atención médica está disponible para las familias con ingresos de hasta el 133 % del nivel de pobreza federal (FPL, Federal Poverty Level), niños y mujeres embarazadas con ingresos de hasta el 250 % del FPL, y adultos sin hijos de entre 19 y 64 años con ingresos de hasta el 133 % del FPL. Los adultos con discapacidades que no necesiten servicios y apoyo a largo plazo o los adultos que no reúnan los requisitos para una determinación de discapacidad, o bien, que posean una suma excesiva de dinero en una cuenta bancaria, pueden solicitar la cobertura de atención médica asequible. **Puede solicitar la cobertura de atención médica por los siguientes medios:**

- A través de Internet, en el sitio web www.healthyrhode.ri.gov**.**
- Por teléfono, comunicándose con el centro de contacto de HealthSource RI (HSRI) al 1-855-840-4774.
- Personalmente, visitando una oficina local del DHS.
- Por correo postal, enviando una solicitud impresa. Puede obtener las solicitudes a través de Internet, en el sitio web www.dhs.ri.gov, en las secciones "What's New?" (Novedades) o "Forms and Applications" (Formularios y solicitudes).

Responda todas las preguntas

Si responde todas las preguntas de la solicitud de asistencia, podremos determinar si es elegible para TODOS los programas. Los siguientes símbolos correspondientes a los programas aparecerán junto a cada una de las preguntas de la solicitud. Estos símbolos le indican qué preguntas debe responder para cada programa. Si el símbolo del programa que solicita aparece junto a una pregunta, deberá responderla.

Asistencia monetaria del programa RI Works (RIW): el programa RIW brinda asistencia monetaria durante un número limitado de meses a las familias que necesitan un sustento, así como a aquellas personas que no pueden trabajar o que se encuentran capacitándose o buscando empleo. Los solicitantes del programa RIW deben estar a cargo del cuidado y la manutención de un hijo menor de 18 años, o bien, de un hijo de entre 18 y 19 años si este asiste a la escuela secundaria a tiempo completo y tiene previsto graduarse antes de cumplir los 19 años. A fin de recibir la asistencia monetaria del programa RIW, debe asistir a una entrevista con un encargado de evaluar la elegibilidad y a una reunión con un trabajador social, quien elaborará un plan de empleo.

Programa de asistencia alimentaria suplementaria (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program): el programa SNAP ayuda a las familias de bajos ingresos a comprar los alimentos necesarios para mantenerse saludables. Es posible que pueda recibir los beneficios del SNAP en un plazo de 7 días si los miembros de su hogar no tienen ingresos o si estos son escasos, si tiene gastos de alquiler o de vivienda que superan sus ingresos o recursos, o bien, si es un trabajador agrícola migrante o temporal. Todos los demás hogares recibirán una determinación de elegibilidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Deberá asistir a una entrevista en la oficina o participar en una entrevista telefónica a fin de que se le otorguen los beneficios del SNAP.

Servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid: los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, Long-Term Services and Supports) de Medicaid están disponibles para las personas mayores de 65 años y para aquellas con discapacidades. Debe cumplir con los requisitos de necesidad tanto financiera como funcional/clínica del "nivel de atención médica" a fin de ser elegible para los LTSS. Entre los tipos de servicios disponibles se encuentran los servicios de atención médica en residencias para ancianos o los servicios domiciliarios y comunitarios. Estos incluyen, entre otros, los servicios de un asistente doméstico o asistente de enfermería certificado (CNA, Certified Nursing Assistant), adaptaciones del entorno, gestión de casos, vida asistida, cuidado personal (cuidado autodirigido), cuidados de relevo, adaptaciones menores en el hogar, vivienda compartida y el programa RIte at Home. Los tipos de servicios que recibirá dependerán de sus necesidades del nivel de atención médica.

Cobertura de salud de Medicaid para personas de la tercera edad, ciegas y discapacitadas (ABD, Aged, Blind and Disabled) y para adultos con discapacidades que trabajan (Plan Sherlock): a fin de reunir los requisitos para la categoría ABD de Medicaid, una persona, o uno de los integrantes de una pareja, debe ser mayor de 65 años, estar ciego o padecer una discapacidad. Se determinará si es elegible sobre la base de sus ingresos, recursos y necesidades sanitarias. Las personas que reciben el Seguro de jubilación, supervivencia y discapacidad (RSDI, Retirement, Survivors and Disability Insurance) o los beneficios de la Seguridad de ingreso suplementario (SSI, Supplemental Security Income) por una discapacidad reúnen los requisitos de discapacidad. Para todas las demás personas, se debe realizar una evaluación de discapacidad y tomar una determinación de discapacidad a fin de demostrar la elegibilidad para Medicaid sobre la base de una discapacidad. **Programa de Medicaid para las personas con discapacidades que trabajan (Plan Sherlock):** las personas elegibles conforme a esta categoría tienen derecho a recibir la serie completa de beneficios de Medicaid, los servicios domiciliarios y comunitarios, así como los servicios necesarios para conseguir o conservar un empleo. A fin de ser elegible para este programa, una persona debe tener al menos dieciocho (18) años de edad, cumplir con los requisitos de elegibilidad sobre la base de una discapacidad de Medicaid, ser capaz de demostrar un empleo remunerado activo y cumplir con los estándares de ingresos y recursos.

Programa de Asistencia pública general (GPA, General Public Assistance): la GPA está disponible para los adultos de entre 19 y 64 años de edad que tengan ingresos y recursos muy escasos y que padezcan una enfermedad o afección médica que les impida trabajar. En ocasiones, los adultos que tienen actualmente una solicitud pendiente para los beneficios de la SSI pueden considerarse elegibles para los beneficios de la GPA. Se debe realizar una determinación de cobertura de atención médica asequible de Medicaid antes de una determinación de elegibilidad sobre la base de una discapacidad. Los solicitantes de la GPA pueden solicitar la cobertura de atención médica asequible completando la Solicitud de cobertura de atención médica UHIP LF-1, o bien, a través de Internet en el sitio web www.healthsourceri.com.

Programa de asistencia para el cuidado de niños (CCAP, Child Care Assistance Program): la Asistencia para el cuidado de niños solo está disponible para las familias con ingresos de hasta el 180 % del nivel federal de pobreza según el tamaño de su grupo familiar y para cubrir las horas de trabajo o las capacitaciones de breve duración. Es posible que las familias deban pagar un copago de acuerdo con el tamaño del grupo familiar, el nivel de ingresos y la cantidad de hijos. Para los padres que participan en el programa RI Works, no existe un límite de ingresos para la asistencia para el cuidado de niños debido a que si una familia es elegible para RI Works, ya cumple con los requisitos de ingresos para el CCAP. Antes de la inscripción, las personas que soliciten el programa RI Works o que participen en él y que estén desempleadas deben analizar las opciones de asistencia para el cuidado de niños con un trabajador social como parte del proceso de evaluación y desarrollo del plan de empleo. Para las familias que no participan en el programa RI Works, la elegibilidad para la asistencia para el cuidado de niños se determina sobre la base de si trabajan al menos 20 horas por semana y perciben el salario mínimo de Rhode Island o uno superior.

Programa de Pago de primas de Medicare (MPP, Medicare Premium Payment): la elegibilidad para el programa MPP se determina sobre la base de los ingresos. Este programa ayuda a los adultos mayores de 65 años y a los adultos con discapacidades a pagar la totalidad o parte de los costos de las primas, los deducibles y los copagos de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Medicare Parte A es la cobertura de seguro de hospitalización y Medicare Parte B cubre los servicios médicos, los equipos médicos duraderos y los servicios como paciente ambulatorio.

Programa de Pagos suplementarios del estado (SSP, State Supplemental Payment) de la SSI de Rhode Island: el estado de Rhode Island ofrece la tarifa federal de beneficios de la SSI para las personas elegibles. El programa federal de SSI proporciona beneficios mensuales a las personas mayores de 65 años, ciegas o discapacitadas que tienen ingresos bajos y recursos escasos. La autorización de los SSP mensuales para los beneficiarios actuales de los beneficios de la SSI se realizará de manera automática. Los nuevos solicitantes que sean elegibles para el programa federal de SSI obtendrán de manera automática la autorización para los SSP cuando presente la solicitud ante la Administración del Seguro Social (SSA, Social Security Administration). Las personas cuya solicitud para los SSP haya sido rechazada por la SSA debido a ingresos excesivos deberán cumplir con los estándares de ingresos, recursos, edad o discapacidad (ser mayores de 65 años, ciegos o discapacitados). Si el solicitante es elegible sobre la base de sus ingresos y presenta una reclamación por una discapacidad que no ha sido examinada ni determinada por la SSA, la Unidad de SSP enviará una derivación al Equipo Examinador de Asistencia Médica (MART, Medical Assistance Review Team) para obtener una determinación de discapacidad.

Programa Katie Beckett: el programa Katie Beckett ofrece la cobertura de seguro de salud de Medicaid a niños menores de 19 años que padecen discapacidades a largo plazo o necesidades médicas complejas. El programa Katie Beckett permite que los niños reciban cuidados domiciliarios en lugar de en una institución. Con el programa Katie Beckett, solo se evalúan los ingresos y recursos del niño, no los de los padres, a fin de determinar su elegibilidad. **Si solicita el programa Katie Beckett, solo debe proporcionar información sobre el menor solicitante, es decir, no es necesario que complete la información relativa a otros miembros del hogar.**

Este formulario se compone de 38 preguntas. A excepción de la pregunta 1, todas las demás incluyen una sección de recuadros en los que debe completar la información requerida. Para responder las preguntas, indique SÍ o NO marcando con una tilde el recuadro correspondiente junto a cada pregunta.

Si la respuesta es SÍ [ ]
Proporcione la información solicitada ingresándola en el espacio disponible a tal fin o en las áreas sombreadas de color amarillo que se incluyen debajo de la pregunta. No escriba sus respuestas en las áreas sombreadas de color azul.
Debe proporcionar la información solicitada para CADA miembro del hogar, ya sea que solicite asistencia para ese miembro o no.

Si la respuesta es NO [ ]
LA PREGUNTA NO SE APLICA A USTED O A ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR. A excepción de la pregunta 38, deje en blanco el recuadro sombreado de amarillo y pase a la siguiente pregunta.

Si necesita más espacio para responder las preguntas
Escriba “Continúa en la página 26” si se queda sin espacio. Vaya a la página 26, donde encontrará recuadros para ingresar información adicional. En uno de los recuadros, indique el número de la pregunta a la que corresponde esa respuesta. También puede adjuntar hojas por separado, de ser necesario.

Lea las páginas 27 a 30
Estas páginas contienen información importante sobre sus derechos y responsabilidades.

Acerca de la entrevista
En la página 3 de las instrucciones encontrará una lista de los “Documentos que puede tener que presentar en la entrevista o enviar para la aprobación de los beneficios”.

Acerca de las preguntas

Pregunta 1
Escriba su nombre en la primera fila y proporcione toda la información solicitada. Luego, enumere a todas las personas que viven con usted, una en cada fila. Indique el parentesco que existe entre usted y esa persona (por ejemplo, “hijo”, “primo”, etc.) en la columna “Parentesco”. Debe enumerar a cada persona que reside en su vivienda INDEPENDIENTEMENTE DE SI SOLICITA O NO ASISTENCIA PARA ESA PERSONA.

Preguntas 1a a 13
Complete en las áreas sombreadas de color amarillo la información de cada persona que solicita asistencia. Estas preguntas siguen el orden de la lista de los miembros del hogar (pregunta 1) y solicitan información personal sobre todas las personas que figuran en la pregunta 1. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es SÍ [ ], complete la información solicitada en el área sombreada de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros del hogar exactamente como figuran en la pregunta 1.

Preguntas 14 a 19
Estas preguntas se refieren a los activos financieros (como las cuentas bancarias) de todos los miembros del hogar. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es SÍ [ ], complete la información solicitada en el área sombreada de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros del hogar exactamente como figuran en la pregunta 1.

Preguntas 20 a 28
Estas preguntas se refieren a los ingresos de todos los miembros del hogar. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es SÍ [ ], complete la información solicitada en el área sombreada de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros del hogar exactamente como figuran en la pregunta 1.

Preguntas 29 a 38
Estas preguntas se refieren a los gastos de vivienda, a los gastos de otra índole y a la cobertura médica de todos los miembros del hogar. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es SÍ [ ], complete la información solicitada en el área sombreada de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros del hogar exactamente como figuran en la pregunta 1. Si declara sus gastos y proporciona pruebas de los gastos declarados en las preguntas 29 a 38, es posible que obtenga más beneficios del SNAP. Si no declara un gasto o no proporciona prueba de este, se interpretará que no desea que se lo tome en cuenta. Puede solicitar ayuda al trabajador del DHS para conseguir la documentación correspondiente a las deducciones o los gastos.

Designación de un representante autorizado: si desea designar un representante autorizado que actúe en representación de los miembros del hogar a fin de solicitar los beneficios de un programa o utilizar estos beneficios, puede hacerlo en las páginas 1 o 29.

Este documento debe ser completado por usted o un miembro adulto del hogar, o bien, un familiar, amigo o representante autorizado que conozca la situación financiera de todos los miembros del hogar.

En las siguientes páginas, enumere a todos los miembros del hogar. Si responde "Sí" a una pregunta, debe proporcionar respuestas completas, claras y correctas a fin de que pueda procesarse su solicitud. Si no lo son, se le puede solicitar que proporcione información adicional. Si no comprende una pregunta, solicite ayuda. Si necesita más espacio para ingresar información, utilice la página 26 que lleva el título **"Para uso del cliente únicamente".**

TARJETA DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS

La asistencia monetaria del programa RIW y los beneficios del SNAP se emiten a través del proceso de transferencia electrónica de beneficios (EBT, Electronic Benefit Transfer). Puede obtener los beneficios utilizando la tarjeta de EBT. Puede solicitar más información acerca de este proceso en su oficina local.

DOCUMENTOS QUE PUEDE TENER QUE PRESENTAR EN LA ENTREVISTA O ENVIAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS

- Cartas de asignación o pruebas del Seguro Social, la SSI, los beneficios de compensación por desempleo (UCB, Unemployment Compensation Benefits), el seguro por incapacidad temporaria (TDI, Temporary Disability Insurance), la indemnización de trabajadores, etc.
- Resúmenes bancarios de cuentas corrientes, cuentas de ahorro,
- certificados de depósito, cuentas de cooperativas de crédito o acciones y bonos.
- Actas de nacimiento de todos los miembros del hogar.
- Recibos de servicios de cuidado de niños.
- Copias de órdenes de manutención infantil, comprobantes de pago de la manutención infantil o la cuota alimentaria, sentencias de divorcio y licencias de matrimonio.
- Acta de defunción del padre o la madre fallecidos del menor dependiente en representación del cual presenta la solicitud, o bien, de cualquier solicitante de Medicaid fallecido.
- Escritura de una vivienda o cualquier otra propiedad.
- Prueba de identidad (licencia de conducir, recibo de alquiler, etc.).
- Si no es ciudadano estadounidense, prueba de la condición de inmigración.
- Prueba de ingresos por alquileres.
- Prueba de gastos médicos, tales como: medicamentos, facturas del hospital, facturas del médico o primas de seguro.
- Prueba de la cobertura del seguro de salud u odontológico y el monto de la prima.
- Pólizas de seguro de vida y contratos de sepelio.
- Pasaporte, certificado de naturalización u otra documentación que pruebe la ciudadanía y la identidad.
- Recibos de sueldo, sobres de pago, declaración de ganancias o prueba de la última fecha en que trabajó y la última remuneración que recibió.
- Pensiones y cualquier otro ingreso no derivado del trabajo.
- Prueba de embarazo, si corresponde.
- Copia de un poder notarial o documento que respalde la tutela judicial.
- Aviso de interrupción de los beneficios de asistencia pública, asistencia médica (MA, Medical Assistance) o del SNAP de otro estado.
- Recibo de alquiler o pago de hipoteca (incluidos el seguro de la vivienda, los impuestos y otros gastos de vivienda).
- Trabajadores por cuenta propia: declaración de impuestos federales, registros contables o registros de ingresos y egresos.
- Números de Seguro Social de todos los miembros del hogar y de los padres ausentes.
- Documentos de un fideicomiso, contrato de anualidad completo y pagarés.
- Recibos de servicios públicos.
- Registro de vehículos.
- Número de reclamación de beneficios de veterano.

PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA SUPLEMENTARIA (SNAP)

Su solicitud para el SNAP se considerará a partir de la fecha de recepción del formulario firmado. Si se determina que es elegible para los beneficios del SNAP, estos se determinarán a partir de la fecha de recepción de la solicitud firmada por parte la agencia. Recibirá un pedido por escrito de verificación de cualquier información faltante en su solicitud. Se rechazará la solicitud si no se recibe la verificación de la información faltante en los diez (10) días posteriores al envío del pedido por escrito.

ASISTENCIA FINANCIERA (RIW, GPA, CCAP Y SSP)

Si solicita los programas RIW, GPA, CCAP o SSP y se determina que es elegible para los beneficios, estos se determinarán a partir de la fecha de recepción de la solicitud firmada.

MEDICAID

Los beneficios médicos para adultos pueden proporcionarse, como máximo, durante los tres (3) meses previos al mes de recepción de la solicitud firmada, siempre y cuando se cumplan todos los factores de elegibilidad en cada mes.

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS DE COLOR AZUL.

ESCRIBA ÚNICAMENTE EN LAS ÁREAS SOMBREADAS DE COLOR AMARILLO.

La oficina del DHS que le corresponde dependerá de su lugar de residencia y de los beneficios que haya solicitado:

OFICINA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Servicio de cuidado de adultos de Cranston/ Oficina de servicios y apoyo a largo plazo **Atiende a las siguientes ciudades:** servicio de cuidado de adultos/LTSS en Cranston, Charlestown, Coventry, East Greenwich, Exeter, Foster, Hopkinton, Johnston, Narragansett, New Shoreham, North Kingstown, Richmond, Scituate, South Kingstown, Warwick, West Greenwich, West Warwick y Westerly.	Bldg. #55, Howard Avenue, Cranston, RI 02920	462-5182 (oficina) 462-6675 (derivaciones)
Línea de información del DHS (en todo el estado)		462-5300 (TTY) 462-3363
Servicios de determinación de discapacidad (en todo el estado)	Office of Rehabilitation Services (ORS) 40 Fountain Street., Providence, RI 02903	222-3182 (TTY) 222-1389
Servicio de cuidado de adultos de East Providence /Oficina de servicios y apoyo a largo plazo **Atiende a las siguientes ciudades:** servicio de cuidado de adultos/LTSS en Barrington, Central Falls, East Providence, Pawtucket y Warren.	Providence Regional Family Center, 206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907	415-8459
Unidad del programa Katie Beckett (en todo el estado)	74 West Road, Hazard Bldg. Ground Level, Cranston, RI 02920	462-0760 462-0754
Oficina de Newport/ Oficina de servicios y apoyo a largo plazo **Atiende a las siguientes ciudades:** Jamestown, Little Compton, Middletown, Newport, Portsmouth, Tiverton y Warren.	Newport Regional Family Center, 272 Valley Road Middletown, RI 02842	851-2100 (Gratuito) 1-800-675-9397 CCAP 851-2138
Oficina de servicios de rehabilitación **Servicios de rehabilitación profesional** (en todo el estado)	40 Fountain Street, Providence, RI 02903	421-7005 (Línea en español) 272-8090 (TTY) 421-7016*
Oficina de Pawtucket **Atiende a las siguientes ciudades:** Barrington, Bristol, Central Falls, East Providence, Pawtucket y Warren. **GPA:** North Providence	Pawtucket Regional Family Center 249 Roosevelt Avenue, Pawtucket, RI 02860	721-6600 (Gratuito) 1-800-984-8989 CCAP 721-6644
Oficina de Providence **Unidad de exención para el servicio de cuidado de adultos/LTSS de Providence** **LTSS y residencia para ancianos de Providence/LTSS y servicios domiciliarios y comunitarios de Providence** **Atiende a las siguientes ciudades:** North Providence y Providence. **GPA:** Foster, Johnston, Scituate y Providence.	Providence Regional Family Center, 206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907	415-8200 415-8455 (LTSS) 415-8524 (LTSS) 415-8521 (SNAP) (TTY) 222-7032 CCAP 415-8255
Servicios para ciegos y discapacitados visuales (en todo el estado)	40 Fountain Street, Providence, RI 02903	222-2300 (TTY) 421-7016
Centro familiar de South County **Atiende a las siguientes ciudades:** Charlestown, Coventry, East Greenwich, Exeter, Hopkinton, Narragansett, New Shoreham, North Kingstown, Richmond, South Kingstown, West Greenwich y Westerly.	South County Regional Family Center Oliver Stedman Center 4808 Tower Hill Road, Suite G1, Wakefield RI 02879	782-4300 (Gratuito) 1-800-862-0222 CCAP 782-4303
Residencia para veteranos (en todo el estado)	480 Metacom Ave., Bristol, RI 02809	253-8000 (interno 695) (TTY) 254-1345
Oficina de Warwick **Atiende a las siguientes ciudades:** Warwick y West Warwick. **GPA:** Charlestown, Coventry, Cranston, East Greenwich, Exeter, Hopkinton, Jamestown, Little Compton, Middletown, Narragansett, Newport, New Shoreham, North Kingstown, Portsmouth, Richmond, South Kingstown, Tiverton, Warwick, West Warwick y Westerly.	Warwick Regional Family Center 195 Buttonwoods Avenue, Warwick, RI 02886	736-1400 (Gratuito) 1-800-282-7021 CCAP 736-1423
Oficina de Woonsocket/Oficina de servicios y apoyo a largo plazo **Atiende a las siguientes ciudades:** Burrillville, Cumberland, Foster, Glocester, Lincoln, North Providence, North Smithfield, Smithfield y Woonsocket. (GPA: a todas excepto Foster).	450 Clinton Street, Woonsocket, RI 02895	235-6200 LTSS 235-6241 (TTY) 235-6490 (Gratuito) 1-800-510-6988 CCAP 235-6223

SOLICITUD DE ASISTENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND

¿Habla inglés? ☐Sí ☐No Si la respuesta es "no", ¿cuál es el idioma principal que habla?_____
¿Puede leer y escribir en inglés? ☐Sí ☐No ¿Necesita un intérprete? ☐Sí ☐No
Si no habla inglés, ¿algún miembro adulto del hogar lo hace? ☐Sí ☐No

Deseo solicitar lo siguiente:

ASISTENCIA MONETARIA (PROGRAMA RHODE ISLAND WORKS [RIW])

PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA SUPLEMENTARIA (SNAP)

SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO DE MEDICAID

COBERTURA DE SALUD DE MEDICAID PARA MAYORES DE 65 AÑOS, CIEGOS O DISCAPACITADOS Y ADULTOS CON DISCAPACIDADES QUE TRABAJAN (PLAN SHERLOCK)

ASISTENCIA PÚBLICA GENERAL

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE MEDICARE

PROGRAMA DE PAGOS SUPLEMENTARIOS DEL ESTADO DE LA SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO DE RHODE ISLAND

PROGRAMA KATIE BECKETT: COBERTURA DE SALUD DE MEDICAID PARA NIÑOS CON DISCAPACIDADES GRAVES

Nombre	**Inicial del segundo nombre**	**Apellido**	**Apellido de soltera**

Número de Seguro Social_____-_____-_____ **Fecha de nacimiento**_____/_____/_____

ESTADO CIVIL: ☐ **Soltero** ☐ **Casado** ☐ **Divorciado** ☐ **Otro** ☐**SEXO** ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

Dirección de residencia_____
Calle/ruta Depto./piso Ciudad Estado Código postal

Dirección de correspondencia _____
(si es diferente a la de residencia) Calle/ruta Depto./piso Apdo. de correos Ciudad/pueblo Estado Código postal

Si solicita los beneficios del SNAP, ¿cómo desea realizar la entrevista? Marque uno de los recuadros:
Entrevista telefónica ☐ (El DHS lo llamará). O **Entrevista en la oficina** ☐

Número de teléfono: Día _____**Noche** _____

¿Quisiera autorizar a otra persona para que presente la solicitud en su nombre? De ser así, indíquelo a continuación:

Deseo que _____presente la solicitud en mi nombre. _____ _____
(Nombre de la persona) *(Número de teléfono de día)* *(Número de teléfono de noche)*

DE SER ELEGIBLE, PUEDE OBTENER LOS BENEFICIOS DEL SNAP EN UN PLAZO DE 7 DÍAS SI CUMPLE CON LO SIGUIENTE: si el total de la suma de sus ingresos, dinero en efectivo y dinero en una cuenta bancaria es inferior a sus gastos mensuales de vivienda; si sus ingresos mensuales son inferiores a $150 y su dinero en una cuenta bancaria y recursos líquidos son inferiores a $100; o si es un trabajador agrícola migrante o temporal.

a. **¿Cuánto dinero tienen los miembros de su hogar en efectivo o en una cuenta bancaria? $**_____
b. **¿Cuál es el monto total de ingresos de cualquier fuente (incluidos los ingresos no derivados del trabajo, como la manutención infantil, los beneficios de la SSI, el TDI, la compensación por desempleo o el Seguro por discapacidad del seguro social [SSDI, Social Security Disability Insurance], etc.) que su hogar prevé recibir este mes? $**_____
c. **¿Cuál es el monto de su pago mensual actual de alquiler o hipoteca? $**_____ **¿Y de servicios públicos? $**_____
d. **¿Algún miembro del hogar es un trabajador agrícola migrante o temporal?** ☐ **Sí** ☐ **No**

_____ _____
Firma del solicitante Fecha

****Puede arrancar esta hoja y presentar SOLO el anverso y el reverso de esta página con su nombre, dirección y firma, lo que nos permitirá fechar e iniciar esta solicitud. A fin de determinar la elegibilidad actual para los beneficios, debe firmar y completar el resto de esta solicitud.**

COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR ***Si solicita el SNAP, enumere a todas las personas que residen en su vivienda en este momento, incluso si no desean solicitar asistencia. Si solicita cualquier otro programa, ingrese a continuación únicamente la información relativa al solicitante, su cónyuge y sus dependientes, si corresponde. Si solicita el programa Katie Beckett, ingrese a continuación únicamente la información del menor.***

Apellido	**Nombre**	**Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa)	**Parentesco**	**Número de Seguro Social (SSN, Social Security Number)** *(Debe proporcionar esta información solo si el miembro solicita beneficios. Si solicita la asistencia para el cuidado de niños únicamente, ingrese el SSN de los niños).*	**¿Es ciudadano estadounidense? Responda "sí" o "no".** *(Debe proporcionar esta información solo si el miembro solicita beneficios. Si solicita la asistencia para el cuidado de niños únicamente, ingrese el SSN de los niños).*

Tipo de residencia (marque una opción):

☐ 01	Residencia para ancianos/personas discapacitadas	☐ 06	Vivienda/tráiler propios	☐ 11	Indigente: vestíbulo, calle, automóvil
☐ 02	Centro de rehabilitación de drogas/alcohol	☐ 07	Casa/depto./tráiler alquilados	☐ 12	Centro residencial de cuidado y vida asistida
☐ 03	Hogar comunitario para personas discapacitadas o ciegas	☐ 08	Casa/depto. de otra persona	☐ 13	Institución para atención a largo plazo
☐ 04	Refugio para mujeres maltratadas	☐ 09	No tengo residencia permanente.	☐ 99	Otro (especifique)_____
☐ 05	Albergue	☐ 10	Residencia de transición		

¿Se mudó a Rhode Island dentro de los últimos tres (3) meses? Si la respuesta es "sí", ¿por qué motivo se mudó aquí? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "sí", indique la fecha:_____ *(Marque una opción).*

☐L Para buscar trabajo ☐ R Para estar cerca de familiares ☐ W Para obtener asistencia monetaria, asistencia médica, beneficios del SNAP o cupones para alimentos

☐D Violencia doméstica ☐ O Otro _____(Especifique).

¿Desde qué estado se mudó? _____¿Recibe asistencia de otro estado? ☐ Sí ☐ No

Información para los solicitantes del SNAP:

Puede presentar su solicitud de inmediato siempre que esta contenga su nombre, su dirección y la firma de un miembro responsable del hogar o de su representante autorizado. Si se determina que es elegible, se calcularán los beneficios a partir de la fecha de recepción de este formulario en nuestra oficina. Debemos verificar la información que nos proporciona y tomar una determinación respecto de su solicitud dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de su presentación, a menos que tenga derecho a recibir un servicio acelerado. Para determinar si usted es o no elegible, es necesario realizar una entrevista. La fecha de presentación de la solicitud para los solicitantes preautorizados es la fecha de autorización de la institución.

Bajo pena de perjurio, doy fe de que toda la información contenida en la presente solicitud es verdadera. Comprendo que, si proporciono información errónea, infringiré la ley y podré recibir una sanción conforme a las legislaciones federal, estatal o ambas.

Firma del solicitante o beneficiario	Fecha	Firma del representante autorizado	Fecha
Firma del cónyuge o del otro padre o madre de los niños	Fecha	Firma del tutor legal, curador o apoderado	Fecha

RENUNCIA A LA SOLICITUD ***PARA USO DE LA AGENCIA ÚNICAMENTE***

Tras participar en la entrevista de selección, no deseo presentar una solicitud para los programas☐ RIW, ☐SNAP, ☐Medicaid, ☐GPA, ☐CCAP, ☐ MPP, ☐SSP ni ☐Katie Beckett en este momento. Comprendo que puedo presentar la solicitud nuevamente en cualquier momento. Comprendo que se rechazará esta solicitud y se me enviará un aviso de rechazo. Especifique el motivo de su renuncia a la solicitud: _____

_____

_____ _____

Firma del solicitante Fecha

Nombre del representante de la agencia:	Fecha de selección	Fecha de admisión/entrevista
Programas:	Número de id. del caso	

Nombre:_____ **Inicial del segundo nombre**_____**Apellido:**_____

1a

¿Usted o algún miembro del hogar han sido condenados por lo siguiente?

a) Un delito grave conforme a las legislaciones federal o estatal por consumo, tenencia o distribución de una sustancia controlada (condena por delitos de drogas) después del 22 de agosto de 1996. **SÍ ☐ NO ☐**
b) La comercialización de los beneficios del SNAP a cambio de drogas después del 22 de septiembre de 1996. **SÍ ☐ NO ☐**
c) La compra o venta de los beneficios del SNAP por más de $500 después del 22 de septiembre de 1996. **SÍ ☐ NO ☐**
d) La recepción fraudulenta por duplicado de los beneficios del SNAP en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996. **SÍ ☐ NO ☐**
e) La comercialización de los beneficios del SNAP a cambio de armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996. **SÍ ☐ NO ☐**

¿Usted o algún miembro del hogar están huyendo para evitar acciones penales, custodia o reclusión después de haber sido condenados, conforme a la legislación del lugar del que están huyendo, por un delito o intento de delito definido como delito grave según la legislación del lugar del que están huyendo o que, en el caso de Nueva Jersey, constituye una falta grave en el estado de Nueva Jersey, o bien, violan una condición de libertad condicional o libertad provisional conforme a las legislaciones estatal o federal? **SÍ ☐ NO ☐**

¿Usted o algún miembro del hogar alguna vez fueron hallados culpables mediante un proceso de audiencia administrativa de haber realizado una declaración o manifestación fraudulenta en relación con su identidad o lugar de residencia a fin de recibir múltiples beneficios del SNAP en forma simultánea, o bien, fueron condenados por un tribunal federal o estatal por tal delito? **SÍ ☐ NO ☐**

¿A usted o a algún miembro del hogar se les ha prohibido la participación en el SNAP o el Programa de cupones para alimentos de otro estado? **SÍ ☐ NO ☐**

1b

El DHS de Rhode Island utiliza un sistema de respuesta de voz interactiva (IVR, Interactive Voice Response) para realizar "llamadas de recordatorio de citas" que le recordarán de su cita programada para la entrevista telefónica o en la oficina. Se realizan recordatorios para las citas de certificación y recertificación del SNAP y del programa Rhode Island Works. Dos días antes de la cita programada, el sistema de IVR se pondrá en contacto de forma automática con el número que proporcione en esta solicitud, a menos que decida no recibir este servicio.

Marque este recuadro si ***no*** desea recibir información sobre los siguientes pasos en el proceso de solicitud a través de un sistema telefónico automático: ☐

1c

Si reside en una vivienda con uno o más niños menores de edad (menores de 18 años), ¿hay más de un padre o madre adultos u otro adulto que comparta la patria potestad o los derechos parentales de los niños? **SÍ ☐ NO ☐**

Si la respuesta es "sí", designe a continuación al padre o la madre adultos, o bien, al adulto que tiene la patria potestad de los niños que constituirá el jefe del hogar. Nombre_____

1d

¿Ya solicitó o recibió anteriormente algún tipo de pago de asistencia o beneficio, o bien, los beneficios del SNAP o del Programa de cupones para alimentos en Rhode Island o en otro estado? **SÍ ☐ NO ☐**

Si la respuesta es "sí", ¿a nombre de quién? _____¿Dónde?_____¿Cuándo? _____¿De qué tipo? _____

1 Enumere a todas las personas que residen en su vivienda en este momento.

(***Si solicita el SNAP, enumere a todas las personas que residen en su vivienda en este momento, incluso si no desean solicitar asistencia. Si solicita cualquier otro programa, ingrese a continuación únicamente la información relativa al solicitante, su cónyuge y sus dependientes, si corresponde. Si solicita el programa Katie Beckett, ingrese a continuación únicamente la información del niño).***

GRUPO FAMILIAR

	Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Parentesco con usted	Solicita la asistencia de los siguientes programas: ☑										Fecha de nacimiento
			SNAP	RIW	MA LTSS	MA ABD	GPA	CCAP	MPP	SSP	Katie Beckett	Ninguno	
1													____/____/____
2													____/____/____
3													____/____/____
4													____/____/____
5													____/____/____
6													____/____/____
7													____/____/____
8													____/____/____
9													____/____/____

Si su grupo familiar está compuesto por más miembros, enumérelos en la página 35 que dice "Para uso del cliente únicamente".

MEMB

***Raza y origen étnico**
Le solicitamos que proporcione esta información a fin de garantizar que todas las personas puedan obtener los beneficios a los que tienen derecho y que no se discrimine a ninguna. No está obligado a proporcionar esta información. Si prefiere no proporcionar esta información, su decisión no afectará su elegibilidad para los beneficios. Puede seleccionar más de una categoría en la columna "Raza".

MIEMBROS

	Número de Seguro Social *(Proporcione esta información únicamente si la persona solicita beneficios. Si solicita la asistencia para el cuidado de niños únicamente, ingrese el SSN de los niños).*	**Sexo**	**Estado civil** *(Marque una opción).*	**¿Es ciudadano estadounidense?** *(Proporcione esta información únicamente si la persona solicita beneficios. Si solicita la asistencia para el cuidado de niños únicamente, ingrese el SSN de los niños.*	**¿Esta persona es hispana o latina? ***	**Raza*** (Puede elegir más de una opción).
1	_____/_____/_____	F ☐ M☐	☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado/separado ☐Viudo	Sí ☐ No ☐	Hispano ☐ No hispano ☐	☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐Blanco
2	_____/_____/_____	F ☐ M☐	☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado/separado ☐Viudo	Sí ☐ No ☐	Hispano ☐ No hispano ☐	☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐Blanco
3	_____/_____/_____	F ☐ M☐	☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado/separado ☐Viudo	Sí ☐ No ☐	Hispano ☐ No hispano ☐	☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐Blanco
4	_____/_____/_____	F ☐ M☐	☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado/separado ☐Viudo	Sí ☐ No ☐	Hispano ☐ No hispano ☐	☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐Blanco
5	_____/_____/_____	F ☐ M☐	☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado/separado ☐Viudo	Sí ☐ No ☐	Hispano ☐ No hispano ☐	☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐Blanco
6	_____/_____/_____	F ☐ M☐	☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado/separado ☐Viudo	Sí ☐ No ☐	Hispano ☐ No hispano ☐	☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐Blanco
7	_____/_____/_____	F ☐ M☐	☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado/separado ☐Viudo	Sí ☐ No ☐	Hispano ☐ No hispano ☐	☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐Blanco
8	_____/_____/_____	F ☐ M☐	☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado/separado ☐Viudo	Sí ☐ No ☐	Hispano ☐ No hispano ☐	☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐Blanco
9	_____/_____/_____	F ☐ M☐	☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado/separado ☐Viudo	Sí ☐ No ☐	Hispano ☐ No hispano ☐	☐Indio americano o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano ☐Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐Blanco

Si su grupo familiar está compuesto por más miembros, enumérelos en la página 26 que dice "Para uso del cliente únicamente".

2 ¿Es usted, su cónyuge u otro miembro del hogar un veterano del ejército, un dependiente o un sobreviviente de un veterano?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona.

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Condición de veterano		Solicita los beneficios para veteranos	Fecha del servicio	Número de serie	Número de reclamación de Asuntos de Veteranos (VA, Veteran´s Affairs)
	Veterano Dependiente Sobreviviente	[ ] [ ] [ ]	Sí [ ] No [ ]	___/___/___		
	Veterano Dependiente Sobreviviente	[ ] [ ] [ ]	Sí [ ] No [ ]	___/___/___		
	Veterano Dependiente Sobreviviente	[ ] [ ] [ ]	Sí [ ] No [ ]	___/___/___		

3 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar nacieron fuera de EE. UU.?

Sí ☐
No ☐

(Si solicita la Asistencia para el cuidado de niños o el programa Katie Beckett, responda esta pregunta únicamente para el niño solicitante).

**La condición de extranjero de los miembros solicitantes del hogar está sujeta a verificación por parte de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, United States Citizen and Immigration Services), anteriormente denominados Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, Immigration and Naturalization Service), para lo cual se entregará la información contenida en esta solicitud a los USCIS. La información entregada a los USCIS y recibida de estos puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su hogar.

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona que solicite beneficios que no sea ciudadano estadounidense. ALIE

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	País de origen	Número de registro de extranjero	Número de inmigración

Condición de extranjero:	[ ] Refugiado/asilado	Fecha de ingreso _____	Fecha de determinación de condición de los USCIS _____
	[ ] Residente permanente	Fecha de ingreso _____	Fecha de residencia permanente _____
	[ ] Otro	Fecha de ingreso _____	Fecha de determinación de condición de los USCIS _____

Nombre del patrocinador	Dirección del patrocinador
¿Residía esta persona en EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996?	Sí [ ] No [ ]

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	País de origen	Número de registro de extranjero	Número de inmigración

Condición de extranjero:	[ ] Refugiado/asilado	Fecha de ingreso _____	Fecha de determinación de condición de los USCIS _____
	[ ] Residente permanente	Fecha de ingreso _____	Fecha de residencia permanente _____
	[ ] Otro	Fecha de ingreso _____	Fecha de determinación de condición de los USCIS _____

Nombre del patrocinador	Dirección del patrocinador
¿Residía esta persona en EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996?	Sí [ ] No [ ]

4 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar viven en una institución de vida comunitaria, como las que se enumeran a continuación?

Sí ☐
No ☐

EJEMPLOS

Refugio para indigentes	Centro de tratamiento de drogadicción	Hospital	Institución de vida asistida
Hogar comunitario	Centro de tratamiento de alcoholismo	Refugio para mujeres maltratadas	Residencia estudiantil

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona.	GROP

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre de la institución	Type
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre de la institución	Type

5 ¿Usted u otro miembro del hogar mayor de dieciséis (16) años asisten a la escuela secundaria, la universidad, una escuela vocacional o un programa de capacitación para el trabajo?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona.	S C H L

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Escuela/programa de capacitación	Dirección						
Marque una opción.	Tiempo completo [ ]	Medio t iempo [ ]	Menos de medio tiempo [ ]	Fecha de finalización	Type	Status	Ver	Count RIW	Count SNAP	MA	GP A

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Escuela/programa de capacitación	Dirección						
Marque una opción.	Tiempo completo [ ]	Medio t iempo [ ]	Menos de medio tiempo [ ]	Fecha de finalización	Type	Status	Ver	Count RIW	Count SNAP	MA	GP A

6 Además de usted o su cónyuge, ¿algún otro miembro del hogar tiene hijos menores de veintidós (22) años que también residen en la vivienda?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona.	P A R E

Padre/madre:			Hijo:			Hijo:		
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre

7 ¿Alguna de las personas que viven con usted compra y prepara su comida por separado?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona.	P A R E

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre

8 ¿Alguna de las mujeres que viven en el hogar está embarazada?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona.	P R E G

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha prevista de parto	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha prevista de parto
			___/___/___				___/___/___

9 ¿Usted, su cónyuge o algún miembro del hogar padecen una enfermedad mental o física, incapacidad, discapacidad o ceguera?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona.	P R E G

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Problema médico (descríbalo)	¿Fue provocado por un accidente? Sí [ ] No [ ]
¿Recibe esta persona servicios de la Oficina de Servicios de Rehabilitación o de Servicios para Ciegos? ¿Esta persona ha solicitado los beneficios de la SSI o los beneficios del Seguro Social (RSDI)? Si esta persona es un padre o una madre que no trabaja, ¿la discapacidad que padece le impide ser capaz de cuidar a los hijos?	Sí [ ] No [ ] Sí [ ] No [ ] Sí [ ] No [ ]	Factor Review Ver Blind		

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Problema médico (descríbalo)	¿Fue provocado por un accidente? Sí [ ] No [ ]
¿Recibe esta persona servicios de la Oficina de Servicios de Rehabilitación o de Servicios para Ciegos? ¿Esta persona ha solicitado los beneficios de la SSI o los beneficios del Seguro Social (RSDI)? Si esta persona es un padre o una madre que no trabaja, ¿la discapacidad que padece le impide ser capaz de cuidar a los hijos?	Sí [ ] No [ ] Sí [ ] No [ ] Sí [ ] No [ ]	Factor Review Ver Blind		

10 ¿Hay niños en el hogar cuyos padres hayan fallecido?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona.	A B S P

Nombre del padre o la madre fallecidos: Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social	Sexo Masculino [ ] Femenino [ ]	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	Ver
			_____/____/_____		___/___/___	___/___/___	

Enumere a los hijos del padre o la madre fallecidos en los espacios que se brindan a continuación.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	P	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	P	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	P
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	P	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	P	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	P

11 ¿Hay algún niño en el hogar que no viva con ambos padres (biológicos ni adoptivos)?

Sí ☐
No ☐

La legislación estatal entiende que un niño nacido durante el curso del matrimonio de una pareja o dentro de los diez meses posteriores a una sentencia definitiva de divorcio es hijo de esa pareja. Indique como padre o madre que no tiene la tenencia de los hijos nacidos durante ese período a su cónyuge actual o a su excónyuge. Si por medio de una sentencia de divorcio u orden judicial se excluye a su cónyuge o excónyuge como padre de cualquiera de los niños incluidos en esta solicitud, debe indicar el nombre del padre biológico del niño y adjuntar a la presente solicitud copias de la sentencia u orden judicial.

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada padre o madre que no tiene la tenencia y los niños del hogar que son hijos de cada padre o madre que no tiene la tenencia.	D E C P

Padre o madre que no tiene la tenencia: Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Sexo M [ ] F [ ]	SSN del padre o la madre que no tiene la tenencia _____/____/_____	Fecha de nacimiento ____/____/_____
Dirección del padre o la madre que no tiene la tenencia		Número de teléfono del padre o la madre que no tiene la tenencia	
Nombre del empleador	Dirección del empleador		¿Esta persona padece alguna discapacidad o es veterano de guerra? Sí [ ] No [ ]
¿Los padres del niño estaban casados entre sí? Sí [ ] No [ ] Si la respuesta es "sí", indique la fecha de casamiento._____/_____/_____	¿Los padres del niño están casados entre sí actualmente? Sí [ ] No [ ] Si la respuesta es "no", indique la fecha de divorcio. _____/_____/_____	Estado civil del padre o la madre que no tiene la tenencia Soltero [ ] Divorciado/a [ ] Viudo/a [ ] Casado/a [ ] Separado/a [ ] Desconocido [ ]	

Hijos de este padre o esta madre que viven en el hogar Apellido del niño Nombre Inicial del segundo nombre	Estado de nacimiento	¿Existe una orden judicial de manutención infantil, cobertura de salud o paternidad? (Si la respuesta es "sí", indique la fecha).		
1.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
2.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
3.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
4.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____

Solicitamos información sobre el padre o la madre que no tiene la tenencia a fin de obtener la manutención infantil que le corresponde proporcionar. Si teme que el padre o la madre que no tiene la tenencia le hará daño a usted o a su hijo por colaborar con nosotros en este proceso, puede quedar exento de la obligación de hacerlo. Lo derivaremos a un defensor contra la violencia doméstica, con quien podrá conversar sobre este tema y quien lo ayudará a planificar las medidas de seguridad que se adoptarán. Marque este recuadro si teme que usted o su hijo puedan sufrir daños por colaborar con nosotros en la cobranza de la manutención infantil. ☐

Padre o madre que no tiene la tenencia: Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Sexo M [ ] F [ ]	SSN del padre o la madre que no tiene la tenencia _____/____/_____	Fecha de nacimiento ____/____/_____
Dirección del padre o la madre que no tiene la tenencia		Número de teléfono del padre o la madre que no tiene la tenencia	
Nombre del empleador	Dirección del empleador		¿Esta persona padece alguna discapacidad o es veterano de guerra? Sí [ ] No [ ]
¿Los padres del niño estaban casados entre sí? Sí [ ] No [ ] Si la respuesta es "sí", indique la fecha de casamiento._____/_____/_____	¿Los padres del niño están casados entre sí actualmente? Sí [ ] No [ ] Si la respuesta es "no", indique la fecha de divorcio. _____/_____/_____	Estado civil del padre o la madre que no tiene la tenencia Soltero [ ] Divorciado/a [ ] Viudo/a [ ] Casado/a [ ] Separado/a [ ] Desconocido [ ]	

Hijos de este padre o esta madre que viven en el hogar Apellido del niño Nombre Inicial del segundo nombre	Estado de nacimiento	¿Existe una orden judicial de manutención infantil, cobertura de salud o paternidad? (Si la respuesta es "sí", indique la fecha).		
1.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
2.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
3.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
4.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____

Solicitamos información sobre el padre o la madre que no tiene la tenencia a fin de obtener la manutención infantil que le corresponde proporcionar. Si teme que el padre o la madre que no tiene la tenencia le hará daño a usted o a su hijo por colaborar con nosotros en este proceso, puede quedar exento de la obligación de hacerlo. Lo derivaremos a un defensor contra la violencia doméstica, con quien podrá conversar sobre este tema y quien lo ayudará a planificar las medidas de seguridad que se adoptarán. Marque este recuadro si teme que usted o su hijo puedan sufrir daños por colaborar con nosotros en la cobranza de la manutención infantil. ☐

Pregunta 11 (continuación)

Padre o madre que no tiene la tenencia: Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Sexo M [ ] F [ ]	SSN del padre o la madre que no tiene la tenencia _____/____/_____	Fecha de nacimiento ____/____/_____
Dirección del padre o la madre que no tiene la tenencia		Número de teléfono del padre o la madre que no tiene la tenencia	
Nombre del empleador	Dirección del empleador		¿Esta persona padece alguna discapacidad o es veterano de guerra? Sí [ ] No [ ]
¿Los padres del niño estaban casados entre sí? Sí [ ] No [ ] Si la respuesta es "sí", indique la fecha de casamiento._____/_____/_____	¿Los padres del niño están casados entre sí actualmente? Sí [ ] No [ ] Si la respuesta es "no", indique la fecha de divorcio. _____/_____/_____	Estado civil del padre o la madre que no tiene la tenencia Soltero [ ] Divorciado/a [ ] Viudo/a [ ] Casado/a [ ] Separado/a [ ] Desconocido [ ]	

Hijos de este padre o esta madre que viven en el hogar Apellido del niño Nombre Inicial del segundo nombre	Estado de nacimiento	¿Existe una orden judicial de manutención infantil, cobertura de salud o paternidad? (Si la respuesta es "sí", indique la fecha).		
1.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
2.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
3.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
4.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____

Solicitamos información sobre el padre o la madre que no tiene la tenencia a fin de obtener la manutención infantil que le corresponde proporcionar. Si teme que el padre o la madre que no tiene la tenencia le hará daño a usted o a su hijo por colaborar con nosotros en este proceso, puede quedar exento de la obligación de hacerlo. Lo derivaremos a un defensor contra la violencia doméstica, con quien podrá conversar sobre este tema y quien lo ayudará a planificar las medidas de seguridad que se adoptarán. Marque este recuadro si teme que usted o su hijo puedan sufrir daños por colaborar con nosotros en la cobranza de la manutención infantil. ☐

Padre o madre que no tiene la tenencia: Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Sexo M [ ] F [ ]	SSN del padre o la madre que no tiene la tenencia _____/____/_____	Fecha de nacimiento ____/____/_____
Dirección del padre o la madre que no tiene la tenencia		Número de teléfono del padre o la madre que no tiene la tenencia	
Nombre del empleador	Dirección del empleador		¿Esta persona padece alguna discapacidad o es veterano de guerra? Sí [ ] No [ ]
¿Los padres del niño estaban casados entre sí? Sí [ ] No [ ] Si la respuesta es "sí", indique la fecha de casamiento._____/_____/_____	¿Los padres del niño están casados entre sí actualmente? Sí [ ] No [ ] Si la respuesta es "no", indique la fecha de divorcio. _____/_____/_____	Estado civil del padre o la madre que no tiene la tenencia Soltero [ ] Divorciado/a [ ] Viudo/a [ ] Casado/a [ ] Separado/a [ ] Desconocido [ ]	

Hijos de este padre o esta madre que viven en el hogar Apellido del niño Nombre Inicial del segundo nombre	Estado de nacimiento	¿Existe una orden judicial de manutención infantil, cobertura de salud o paternidad? (Si la respuesta es "sí", indique la fecha).		
1.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
2.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
3.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____
4.		Sí [ ] No [ ]	Manutención Cobertura de salud Paternidad	[ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____ [ ] Fecha _____

Solicitamos información sobre el padre o la madre que no tiene la tenencia a fin de obtener la manutención infantil que le corresponde proporcionar. Si teme que el padre o la madre que no tiene la tenencia le hará daño a usted o a su hijo por colaborar con nosotros en este proceso, puede quedar exento de la obligación de hacerlo. Lo derivaremos a un defensor contra la violencia doméstica, con quien podrá conversar sobre este tema y quien lo ayudará a planificar las medidas de seguridad que se adoptarán. Marque este recuadro si teme que usted o su hijo puedan sufrir daños por colaborar con nosotros en la cobranza de la manutención infantil. ☐

12 ¿Usted o algún otro padre o madre del hogar están desempleados o solo trabajan medio tiempo? (Marque una opción). ☐ Sin empleo ☐ Empleo de medio tiempo

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros.	U N E M

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	¿Recibió esta persona compensación por desempleo en los últimos 12 meses?	Sí [ ] No [ ]	Período en que la recibió: Desde ____ hasta_____	UC	Ver
¿Rechazó esta persona una oferta de empleo o un programa de capacitación en los últimos 30 días?				Sí [ ]	No [ ]	Allow	
¿Se registró esta persona en el Departamento de Trabajo y Capacitación (DLT, Department of Labor and Training)?				Sí [ ]	No [ ]	Ver	

Indique a continuación las horas y las semanas que trabajó en los últimos 30 días.				Indique todos los empleos que tuvo en los últimos cinco (5) años.			
Semana de trabajo	Fecha	N.º de días trabajados	Horas trabajadas	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Período de empleo	Remuneración percibida
Semana uno (1)						Desde _____ Hasta _____	
Semana dos (2)						Desde _____ Hasta _____	
Semana tres (3)						Desde _____ Hasta _____	
Semana cuatro (4)						Desde _____ Hasta _____	
Semana cinco (5)						Desde _____ Hasta _____	

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	¿Recibió esta persona compensación por desempleo en los últimos 12 meses?	Sí [ ] No [ ]	Período en que la recibió: Desde ____ hasta_____	UC	Ver
¿Rechazó esta persona una oferta de empleo o un programa de capacitación en los últimos 30 días?				Sí [ ]	No [ ]	Allow	
¿Se registró esta persona en el DLT?				Sí [ ]	No [ ]	Ver	

Indique a continuación las horas y las semanas que trabajó en los últimos 30 días.				Indique todos los empleos que tuvo en los últimos cinco (5) años.			
Semana de trabajo	Fecha	N.º de días trabajados	Horas trabajadas	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Período de empleo	Remuneración percibida
Semana uno (1)						Desde _____ Hasta _____	
Semana dos (2)						Desde _____ Hasta _____	
Semana tres (3)						Desde _____ Hasta _____	
Semana cuatro (4)						Desde _____ Hasta _____	
Semana cinco (5)						Desde _____ Hasta _____	

13 ¿Usted o algún miembro del hogar renunció a un empleo en los últimos sesenta (60) días o está en huelga?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros.	QUIT/STRK

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Motivo de la renuncia	Fecha de renuncia/de inicio de huelga _____/_____/_____
Nombre del empleador			Dirección del empleador	

Las preguntas 14 a 19b se refieren a los recursos, es decir, el dinero y los bienes que posee.

SI SOLICITA EL SNAP ÚNICAMENTE, NO RESPONDA LAS PREGUNTAS 14 A 19b A MENOS QUE EL TRABAJADOR DEL DHS LE INDIQUE LO CONTRARIO DURANTE LA ENTREVISTA. PASE A LA PREGUNTA 20.

14 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar poseen dinero en efectivo?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros. CASH

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Monto	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Monto
			$_____				$_____

15 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar tienen a su nombre alguna cuenta de los tipos que se enumeran a continuación?

Sí ☐
No ☐

EJEMPLOS:

Cuenta corriente	Cuenta de cooperativa de crédito	Certificado de ahorros	Cuenta	Fondos comunes	
Cuenta de ahorros	Cuenta del mercado monetario	Certificado de depósito	Anualidad	Fideicomiso	Fondo de sepelio

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada cuenta. BANK

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Monto
					$_____
Nombre del copropietario Dirección			Institución financiera Dirección		

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Monto
					$_____
Nombre del copropietario Dirección			Institución financiera Dirección		

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Monto
					$_____
Nombre del copropietario Dirección			Institución financiera Dirección		

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Monto
					$_____
Nombre del copropietario Dirección			Institución financiera Dirección		

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Monto
					$_____
Nombre del copropietario Dirección			Institución financiera Dirección		

15 a ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar recibieron algún pago único del RSDI del Seguro Social en los últimos 6 meses?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete el siguiente recuadro.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Monto recibido	Fecha de cobro
			$_____	___/___/___

16 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar poseen o tienen registrado a su nombre algún vehículo de los tipos que se enumeran a continuación?

Sí ☐
No ☐

EJEMPLOS: Automóvil, Bote, Camión, Motocicleta, Casa rodante, Motonieve, Caravana

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada vehículo. | C A R S

Apellido del propietario	Nombre	Inicial del segundo nombre	Vehículo	Marca	Modelo	Año	Blue book value $_____
¿Qué uso se le da al vehículo? *(Por ejemplo: trabajo, uso diario, transporte de un miembro discapacitado del hogar, etc.).*	Monto adeudado $_____		Número de id. del vehículo				Número de registro
Empresa de seguros							

Apellido del propietario	Nombre	Inicial del segundo nombre	Vehículo	Marca	Modelo	Año	Blue book value $_____
¿Qué uso se le da al vehículo? *(Por ejemplo: trabajo, uso diario, transporte de un miembro discapacitado del hogar, etc.).*	Monto adeudado $_____		Número de id. del vehículo				Número de registro
Empresa de seguros							

Apellido del propietario	Nombre	Inicial del segundo nombre	Vehículo	Marca	Modelo	Año	Blue book value $_____
¿Qué uso se le da al vehículo? *(Por ejemplo: trabajo, uso diario, transporte de un miembro discapacitado del hogar, etc.).*	Monto adeudado $_____		Número de id. del vehículo				Número de registro
Empresa de seguros							

17 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar poseen algún artículo de valor?

Sí ☐
No ☐

(Incluya cualquier artículo de valor que no haya declarado en las preguntas 14, 15 o 16).

EJEMPLOS: Acciones, Bienes personales (antigüedades, artículos de colección, joyas, etc.), Contrato de sepelio, Bonos, Seguro de vida, Hipotecas inversas

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros. | CARS

ACCIONES, BONOS Y OTROS TÍTULOS VALORES

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de recurso
Apellido del copropietario	Nombre	Inicial del segundo nombre	Dirección del copropietario

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de recurso
Apellido del copropietario	Nombre	Inicial del segundo nombre	Dirección del copropietario

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de recurso
Apellido del copropietario	Nombre	Inicial del segundo nombre	Dirección del copropietario

SEGURO DE VIDA/SEGURO DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre de la empresa	Número de póliza	Tipo
Titular			Valor nominal	Valor en efectivo	Monto del préstamo

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre de la empresa	Número de póliza	Tipo
Titular			Valor nominal	Valor en efectivo	Monto del préstamo

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre de la empresa	Número de póliza	Tipo
Titular			Valor nominal	Valor en efectivo	Monto del préstamo

CONTRATO DE SEPELIO

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Valor	Irrevocable	Fecha de entrada en vigencia _____/_____/_____
Funeraria			Dirección de la funeraria		

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Valor	Irrevocable	Fecha de entrada en vigencia _____/_____/_____
Funeraria			Dirección de la funeraria		

18 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar poseen una participación en alguna propiedad, como un terreno, edificio, usufructo vitalicio, tiempo compartido, etc.?
(A menos que solicite los LTSS, no declare la vivienda en la que reside).

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona. | PROP

Apellido del propietario	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de propiedad (descríbala)	Valor en efectivo $_____	Monto adeudado $_____
¿Qué tipo de propietario es? Propiedad propia ☐ Propiedad conjunta ☐ Usufructo vitalicio ☐ Otro ☐			Dirección de la propiedad		
¿Reside en esta propiedad? Sí ☐ No ☐ ¿Reside en ella su cónyuge? Sí ☐ No ☐ ¿Residen allí sus dependientes? Sí☐ No ☐					

19 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar donaron, vendieron, cedieron o transfirieron artículos de valor a alguna persona o entidad en los últimos sesenta (60) meses?

Sí ☐
No ☐

Si solicita los beneficios del SNAP únicamente y se le pide que responda esta pregunta, declare los artículos de valor que se transfirieron en los últimos tres (3) meses.

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros. | TRAN

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Recurso transferido
Monto transferido $_____	Fecha de la transferencia _____/_____/_____	¿Qué recibió a cambio?	

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Recurso transferido
Monto transferido $_____	Fecha de la transferencia _____/_____/_____	¿Qué recibió a cambio?	

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Recurso transferido
Monto transferido $_____	Fecha de la transferencia _____/_____/_____	¿Qué recibió a cambio?	

19a ¿Figura como beneficiario (principal, secundario, etc.) de algún fideicomiso?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", debe proporcionar copias de los documentos del fideicomiso, incluso si actualmente no recibe ningún pago de este.

Monto del capital y fecha de constitución	Monto de los pagos recibidos	Frecuencia de los pagos recibidos
$_____ Fecha ____/____/_____	$_____	

19b ¿Usted, su cónyuge u otra persona que actúe en su representación (incluso un tribunal) constituyó un fideicomiso o destinó alguna suma de dinero u otro recurso a un fideicomiso en los últimos sesenta (60) meses?

Sí ☐
No ☐

¿Se produjo la extinción del fideicomiso de alguna propiedad en los últimos sesenta (60) meses?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", debe proporcionar copias de los documentos del fideicomiso y describir todas las propiedades que se colocaron en el fideicomiso o se retiraron de este.

Constituido por	Fecha de constitución _____/_____/_____	Monto $_____

20 ¿Usted o algún miembro del hogar recibió o espera recibir ingresos de un empleo este mes? Sí ☐ No ☐

Nota: si es un trabajador por cuenta propia, se le solicitará que proporcione esa información en la pregunta 25.

EJEMPLOS	Sueldo/salario	Comisiones	Guardia Nacional	Reserva del Ejército
	Estudio y trabajo	Capacitación laboral	Taller protegido	Fuerzas Armadas de EE. UU.

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona.	J I N C

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre y dirección del empleador

Fecha de inicio del empleo	Tipo de trabajo	Día de pago
_____/_____/_____		

Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ Otro_____

Indique el monto bruto cobrado en cada día de pago de este mes.

Día de pago	Fecha de pago	Fecha de cierre del período de pago	Horas trabajadas por período de pago	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/comisiones
1.º	____/____/____	____/____/____		$	$
2.º	____/____/____	____/____/____		$	$
3.º	____/____/____	____/____/____		$	$
4.º	____/____/____	____/____/____		$	$

¿Recibió un crédito tributario por ingresos laborales en su recibo de pago? ☐ Sí ☐ No ¿Este empleo forma parte de un programa de estudio y trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Es este un programa de capacitación en el puesto de trabajo? ☐ Sí ☐ No ¿Recibirá este ingreso el próximo mes? ☐ Sí ☐ No

Indique el número de horas por las que espera recibir una remuneración el próximo mes:

Número de horas:_____ Ingresos brutos previstos:_$_____Propinas/Comisiones: $_____

Cronograma de trabajo, estudio o capacitación (solo si solicita la Asistencia para el cuidado de niños)

Día	Horario de entrada	Horario de salida
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Si su cronograma varía, explique los cambios (puede enviar documentación adicional que los corrobore).

Pregunta 20 (continuación)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre y dirección del empleador

Fecha de inicio del empleo	Tipo de trabajo	Día de pago
_____/_____/_____		

Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ Otro_____

Indique el monto bruto cobrado en cada día de pago de este mes.

Día de pago	Fecha de pago	Fecha de cierre del período de pago	Horas trabajadas por período de pago	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/comisiones
1.º	____/____/____	____/____/____		$	$
2.º	____/____/____	____/____/____		$	$
3.º	____/____/____	____/____/____		$	$
4.º	____/____/____	____/____/____		$	$

¿Recibió un crédito tributario por ingresos laborales en su recibo de pago? ☐ Sí ☐ No

¿Este empleo forma parte de un programa de estudio y trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Es este un programa de capacitación en el puesto de trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Recibirá este ingreso el próximo mes? ☐ Sí ☐ No

Indique el número de horas por las que espera recibir una remuneración el próximo mes:

Número de horas:_____ Ingresos brutos previstos:_$_____Propinas/Comisiones: $_____

Cronograma de trabajo, estudio o capacitación (solo si solicita la Asistencia para el cuidado de niños)

Día	Horario de entrada	Horario de salida
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Si su cronograma varía, explique los cambios (puede enviar documentación adicional que los corrobore).

Pregunta 20 (continuación)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre y dirección del empleador

Fecha de inicio del empleo	Tipo de trabajo	Día de pago
_____/_____/_____		

Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ Otro_____

Indique el monto bruto cobrado en cada día de pago de este mes.

Día de pago	Fecha de pago	Fecha de cierre del período de pago	Horas trabajadas por período de pago	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/comisiones
1.º	____/____/____	____/____/____		$	$
2.º	____/____/____	____/____/____		$	$
3.º	____/____/____	____/____/____		$	$
4.º	____/____/____	____/____/____		$	$

¿Recibió un crédito tributario por ingresos laborales en su recibo de pago? ☐ Sí ☐ No ¿Este empleo forma parte de un programa de estudio y trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Es este un programa de capacitación en el puesto de trabajo? ☐ Sí ☐ No ¿Recibirá este ingreso el próximo mes? ☐ Sí ☐ No

Indique el número de horas por las que espera recibir una remuneración el próximo mes:

Número de horas:_____ Ingresos brutos previstos:_$_____Propinas/Comisiones: $_____

Cronograma de trabajo, estudio o capacitación (solo si solicita la Asistencia para el cuidado de niños)

Día	Horario de entrada	Horario de salida
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Si su cronograma varía, explique los cambios (puede enviar documentación adicional que los corrobore).

21 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar tienen una reclamación o demanda pendientes por una lesión o enfermedad provocadas por un accidente automovilístico, una reclamación de indemnización de trabajadores o cualquier otra demanda por la que usted pueda recibir dinero?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros.	S E T T

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de reclamación (descríbala)	Fecha del incidente ____/____/____	Indemnización de trabajadores Sí [ ] No [ ]

Persona (o empresa) responsable Dirección	Empresa de seguros	Nombre del abogado
	Dirección	Dirección

22 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar reciben ingresos por alquileres?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona que recibe ingresos por alquileres.	R I N C

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número total de unidades
¿Esta persona vive en la propiedad alquilada? ☐ Sí ☐ No		Horas trabajadas por semana para mantener la propiedad: _____	
Total recibido por los alquileres $_____ Frecuencia _____		¿Recibirá este ingreso los próximos meses? ☐ Sí ☐ No	

Gastos de la propiedad alquilada	Frecuencia	Gastos de la propiedad alquilada	Frecuencia	Gastos de la propiedad alquilada	Frecuencia
Hipoteca $_____		Agua $_____	_____	Energía eléctrica $_____	$_____
Impuestos $_____		Cloacas $_____	_____	Combustible $_____	$_____
		Recolección de residuos $_____	_____	Reparaciones $_____	$_____
		Gas $_____	_____	Otro $_____	$_____

23 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar reciben ingresos por cuidar a los niños del hogar?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona que cuida de los niños. Adjunte la documentación de las actividades relacionadas con el cuidado de niños.	D C I N

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Monto total recibido por semana $_____	Número de semanas trabajadas	Horas trabajadas por semana
¿Recibirá este ingreso los próximos meses? Sí [ ] No [ ]					Número de niños bajo su cuidado

24 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar reciben pagos de inquilinos o huéspedes?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros. Adjunte documentación si desea presentar una reclamación por gastos reales.	R B I N

Nombre de la persona que recibe el pago Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Número de horas trabajadas por semana ¿Recibirá este ingreso los próximos meses? Sí [ ] No [ ]

Nombres de los inquilinos/huéspedes	Monto recibido/frecuencia	Incluye		Fecha de cobro
	$_____ por_____	Solo alojamiento Comidas (1 a 2) Comidas (3)	[ ] [ ] [ ]	_____/_____/_____
	$_____ por_____	Solo alojamiento Comidas (1 a 2) Comidas (3)	[ ] [ ] [ ]	_____/_____/_____
	$_____ por_____	Solo alojamiento Comidas (1 a 2) Comidas (3)	[ ] [ ] [ ]	_____/_____/_____

25 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar reciben ingresos de un empleo por cuenta propia?

Sí ☐
No ☐

EJEMPLOS Agricultura Pesca Cuidado de niños en su propio hogar Ventas puerta a puerta Ventas en reuniones en casas

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona. B U S I

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Ingresos brutos/frecuencia $_____por_____	Gastos $_____	Número promedio de horas trabajadas por semana
Tipo de empresa	Nombre de la empresa	¿Recibirá este ingreso los próximos meses? Sí [ ] No [ ]	

Complete la siguiente información sobre los días y las horas que trabaja en una empresa de su propiedad (solo si solicita la Asistencia para el cuidado de niños).

Día	Horario de entrada	Horario de salida
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		
Si su cronograma varía, explique los cambios (puede enviar documentación adicional que los corrobore).		

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Ingresos brutos/frecuencia $_____por_____	Gastos $_____	Número promedio de horas trabajadas por semana
Tipo de empresa	Nombre de la empresa	¿Recibirá este ingreso los próximos meses? Sí [ ] No [ ]	

Complete la siguiente información sobre los días y las horas que trabaja en una empresa de su propiedad (solo si solicita la Asistencia para el cuidado de niños).

Día	Horario de entrada	Horario de salida
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		
Si su cronograma varía, explique los cambios (puede enviar documentación adicional que los corrobore).		

26 ¿Tiene menos de 20 años de edad y no obtuvo un diploma de escuela secundaria ni el Diploma de Educación General (GED, General Education Certificate)? Sí ☐ No ☐

27 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar reciben subvenciones estudiantiles, becas, préstamos educativos o beneficios educativos de VA? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros indicando cada fuente en una fila diferente. Debe presentar comprobantes de los gastos de matrícula y tasas.				STIN
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Monto recibido $_____	Período cubierto por la subvención o el préstamo Desde_____hasta_____	Fecha de cobro _____/_____/_____	
Tipo de subvención/préstamo	Fecha del último pago _____/_____/_____	¿Recibirá este ingreso los próximos meses? Sí [ ] No [ ]		

28 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar reciben o esperan recibir ingresos de los tipos que se enumeran a continuación? Sí ☐ No ☐

EJEMPLOS:

Subsidio por adopción	Regalos, premios, herencias, sorteos	Jubilación de empleados ferroviarios	Compensación por desempleo
Patrocinio de extranjero	Contribución para gastos de vivienda	Jubilación	Ayuda y asistencia de VA
Anualidades	Otros aportes de caridad	Pago de servicios públicos de la Sección 8	Beneficios básicos de VA
Cuota alimentaria	Reintegro del impuesto sobre los ingresos	Seguro Social (RSDI)	Indemnización de VA
Manutención infantil	Reclamación del seguro o demanda	SSI	Pensión mejorada de VA
Dividendos, intereses	Beneficios por huelga	Indemnización de trabajadores	Distribuciones de cuenta IRA
Reintegro del crédito tributario por ingresos laborales	Asignación militar	TDI	Pagaré
Cuidado temporal	Asistencia fuera del estado	Fondos fiduciarios	

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada tipo de ingreso que recibe esa persona.			UNEA
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Monto/frecuencia $_____por_____	Fecha de cobro del ingreso _____/_____/_____	
Número de reclamación *(si corresponde)*	Tipo de ingreso	¿Recibirá este ingreso los próximos meses? Sí [ ] No [ ]	
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Monto/frecuencia $_____por_____	Fecha de cobro del ingreso _____/_____/_____	
Número de reclamación *(si corresponde)*	Tipo de ingreso	¿Recibirá este ingreso los próximos meses? Sí [ ] No [ ]	
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Monto/frecuencia $_____por_____	Fecha de cobro del ingreso _____/_____/_____	
Número de reclamación *(si corresponde)*	Tipo de ingreso	¿Recibirá este ingreso los próximos meses? Sí [ ] No [ ]	
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Monto/frecuencia $_____por_____	Fecha de cobro del ingreso _____/_____/_____	
Número de reclamación *(si corresponde)*	Tipo de ingreso	¿Recibirá este ingreso los próximos meses? Sí [ ] No [ ]	

Si algún miembro del hogar prevé recibir un ingreso en el futuro, complete el siguiente recuadro para esa persona.		
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Tipo de ingreso previsto	Fecha prevista de cobro del ingreso _____/_____/_____

28a De abril de 1977 en adelante, ¿recibió alguna vez un cheque de la SSI al mismo tiempo que los beneficios del Seguro Social, o bien, recibió la SSI el mes previo al comienzo del Seguro Social?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete el siguiente recuadro.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Año de cobro

(Si declara sus gastos y proporciona pruebas de los gastos declarados en las preguntas 29 a 38, es posible que obtenga más beneficios del SNAP. Si no declara un gasto o no proporciona prueba de este, se interpretará que no desea que se lo tome en cuenta.)

29 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar que trabaja, realiza una capacitación, busca empleo o estudia le pagan a una persona para que cuide a los niños, ancianos o adultos discapacitados?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona que paga el servicio de cuidado. | D C E X

Nombre de la persona que paga el cuidado	Motivo por el que esta persona necesita pagar este cuidado: Trabajo [ ] Estudio/capacitación [ ] Búsqueda de trabajo [ ]	¿Recibe un subsidio por este gasto? Sí [ ] No [ ]	Si la respuesta es "sí", indique el monto del subsidio. $_____por
Nombre de la persona bajo cuidado	Adulto/niño Adulto [ ] Niño [ ]	Monto del pago o copago de bolsillo $_____por	¿Seguirá teniendo este gasto? Sí [ ] No [ ]
Nombre del proveedor de cuidado/cuidado para adultos		Dirección del proveedor	

Nombre de la persona que paga el cuidado	Motivo por el que esta persona necesita pagar este cuidado: Trabajo [ ] Estudio/capacitación [ ] Búsqueda de trabajo [ ]	¿Recibe un subsidio por este gasto? Sí [ ] No [ ]	Si la respuesta es "sí", indique el monto del subsidio. $_____por
Nombre de la persona bajo cuidado	Adulto/niño Adulto [ ] Niño [ ]	Monto del pago o copago de bolsillo $_____por	¿Seguirá teniendo este gasto? Sí [ ] No [ ]
Nombre del proveedor de cuidado/cuidado para adultos		Dirección del proveedor	

30 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar pagan la manutención infantil o cuota alimentaria, o bien, declaran como dependiente en la declaración de impuestos a alguna persona que no reside en el hogar?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona que paga la manutención infantil o cuota alimentaria, o bien, que | S U P P

Apellido / Nombre / Inicial del segundo nombre	¿A quién declara como dependiente?	Tipo de reclamación realizada: Manutención infantil [ ] Cuota alimentaria [ ] Otro dependiente en la declaración de impuestos [ ]	Monto pagado $_____ Frecuencia _____
Apellido / Nombre / Inicial del segundo nombre	¿A quién declara como dependiente?	Tipo de reclamación realizada: Manutención infantil [ ] Cuota alimentaria [ ] Otro dependiente en la declaración de impuestos [ ]	Monto pagado $_____ Frecuencia _____

31 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar, o bien, otra persona que no reside en la vivienda, pagan o comparten el alquiler del departamento, casa, casa rodante o refugio en el que vive? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona que paga el alquiler.	RENT

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Monto total/frecuencia de pago del alquiler $_____por_____	Monto que paga usted $_____	¿Qué incluye el alquiler? Calefacción [ ] Servicios públicos [ ]
¿El alquiler está subsidiado? (P. ej., Sección 8) Sí [ ] No [ ]	Si la respuesta es "sí", indique el monto del subsidio: $_____ por_____	¿Alguna persona comparte el costo del alquiler? Sí [ ] No [ ]	Si la respuesta es "sí", indique: Nombre_____ Monto $_____
Nombre del propietario		Dirección del propietario	
Número de teléfono del propietario			

32 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar pagan la totalidad o parte del pago de una hipoteca, los impuestos de la propiedad, un seguro u otros gastos de la vivienda, condominio o casa rodante en los que vive? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona que paga los gastos del propietario.	HOME

Apellido Nombre Inicial	Gastos del propietario/frecuencia	Titular de la hipoteca y dirección
	Primera hipoteca Capital $_____por_____ Intereses $_____por_____ Incluye Impuestos [ ] Seguro [ ]	¿Alguna persona comparte el costo de este gasto? Sí [ ] No [ ]
	Segunda hipoteca Capital $_____por_____ Intereses $_____por_____ Incluye Impuestos [ ] Seguro [ ]	Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la persona que comparte el gasto:
	Impuestos $_____por_____ (si no están incluidos en la hipoteca)	¿Qué monto paga esta persona? _____$
	Seguro $_____por_____	
	Alquiler de lote $_____por_____	
	Otro $_____por_____	

33 ¿Obtuvo una subvención del Programa de asistencia de energía para hogares de bajos ingresos (LIHEAP, Low Income Home Energy Assistance Program) en su domicilio actual en los últimos doce (12) meses? Sí ☐ No ☐

33a ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar pagan la totalidad o parte del combustible o los servicios públicos? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona que paga gastos de los servicios públicos. | U T I L

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Servicio	Monto pagado/frecuencia	Uso para calefacción/refrigeración
	Combustible	$_____por_____	Calefacción [ ] Refrigeración [ ]
	Gas	$_____por_____	Calefacción [ ] Refrigeración [ ]
	Madera o carbón	$_____por_____	Calefacción [ ] Refrigeración [ ]
	Energía eléctrica	$_____por_____	Calefacción [ ] Refrigeración [ ]
	Teléfono	$_____por_____	
	Agua	$_____por_____	
	Cloacas	$_____por_____	
	Recolección de residuos	$_____por_____	
	Otro	$_____por_____	

¿Alguna persona comparte los gastos de calefacción o refrigeración de su vivienda? Sí [ ] No [ ]

Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la persona que comparte los gastos de calefacción o refrigeración._____
¿Qué monto de los gastos de calefacción o refrigeración paga esta persona? $_____

34 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar pagan por alojamiento o alojamiento con comida incluida? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona que paga por alojamiento o alojamiento con comida incluida. | R B E X

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Monto pagado/frecuencia $_____ por_____	¿Qué cubre el alojamiento o el alojamiento con comida incluida? Solo alojamiento [ ] Comidas (1 a 2) [ ] Comidas (3) [ ]

35 ¿Algún miembro del hogar es mayor de sesenta (60) años o sufre una discapacidad y tiene gastos médicos que el seguro de salud no cubre? Sí ☐ No ☐

EJEMPLOS: Primas del seguro de salud, Primas de Medicare, Audífonos, Anteojos, Cuidado dental, Transporte para recibir tratamientos o servicios médicos, Medicamentos recetados

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona que tiene gastos médicos. | F M E D

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Tipo de gasto médico	Monto del gasto $_____ Frecuencia _____	¿Cuándo prevé que cesará el gasto?
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Tipo de gasto médico	Monto del gasto $_____ Frecuencia _____	¿Cuándo prevé que cesará el gasto?
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Tipo de gasto médico	Monto del gasto $_____ Frecuencia _____	¿Cuándo prevé que cesará el gasto?

36 ¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar tienen cobertura de Medicare? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros para cada persona. | M E D I

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Número de reclamación 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 ¿Algún niño o adulto que solicita Medicaid tiene cobertura de un seguro de salud, seguro de atención a largo plazo, programa de seguro odontológico o plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, Health Maintenance Organization) que no sea Medicare, RIteCare o RIteShare?

Sí ☐
No ☐

EJEMPLOS: BlueCross/Blue Shield, BlueChip, United HealthCare of New England, Neighborhood Health Plan of RI, Delta Dental, BCBS Dental

Si la respuesta es "sí", complete los siguientes recuadros.	I N S U

Nombre del titular de la póliza Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Nombre del seguro de salud u odontológico	Tipo de cobertura	Familiar [ ] Individual [ ]	Si usted paga la prima, indique el monto y la frecuencia. $ por_____		
Número de póliza	Número de grupo	¿El seguro es ofrecido por su empleador? Sí [ ] No [ ]	Si la respuesta es "sí", indique el nombre del empleador que ofrece el seguro:	Code	Type	Req

Indique a continuación las personas cubiertas por esta póliza.

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Parentesco	Número de póliza de esta persona	Fecha de inicio	Fecha de finalización
			___/___/___	___/___/___
			___/___/___	___/___/___
			___/___/___	___/___/___
			___/___/___	___/___/___

Nombre del titular de la póliza Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Nombre del seguro de salud u odontológico	Tipo de cobertura	Familiar [ ] Individual [ ]	Si usted paga la prima, indique el monto y la frecuencia. $_____por_____		
Número de póliza	Número de grupo	¿El seguro es ofrecido por su empleador? Sí [ ] No [ ]	Si la respuesta es "sí", indique el nombre del empleador que ofrece el seguro:	Code	Type	Req

Indique a continuación las personas cubiertas por esta póliza.

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Parentesco	Número de póliza de esta persona	Fecha de inicio	Fecha de finalización
			___/___/___	___/___/___
			___/___/___	___/___/___
			___/___/___	___/___/___
			___/___/___	___/___/___

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar adeudan el pago de alguna factura médica?

Sí ☐
No ☐

Si la respuesta es "sí", ¿tenía alguna cobertura médica cuando incurrió en esos gastos? Sí ☐ No ☐

Si adeuda alguna factura médica, complete los siguientes recuadros para cada persona que recibió tratamiento médico.	M E D X

Apellido Nombre Inicial del	Fecha del servicio	¿A quién le debe?	Monto adeudado
	_____/_____/_____		$ _____
	_____/_____/_____		$ _____
	_____/_____/_____		$ _____

PARA USO DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO ÚNICAMENTE

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

N.º de pregunta_____ N.º de página ___

N.º de pregunta_____ N.º de página __

N.º de pregunta_____ N.º de página __

N.º de pregunta____ N.º de página ___

N.º de pregunta____ N.º de página ___

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

De los solicitantes y beneficiarios del programa RI Works, el Programa de asistencia alimentaria suplementaria, Medicaid, el programa de Pago de primas de Medicare, la Asistencia para el cuidado de niños, la Asistencia pública general, el programa de Pagos suplementarios del estado de la Seguridad de ingreso suplementario de Rhode Island y el programa Katie Beckett.

DERECHOS

Tiene DERECHO a solicitar y, si se determina que es elegible, a recibir los beneficios de la asistencia financiera, de Medicaid o del SNAP, conforme a las políticas y estándares establecidos por la legislación estatal.

Tiene DERECHO a apelar y recibir una audiencia ante un funcionario de audiencia del Departamento si no está conforme con alguna decisión del Departamento o si el Departamento se demora en tomar una decisión. Si solicita una audiencia, su apelación se atenderá de inmediato. Un abogado o cualquier otra persona que elija pueden representarlo para comparecer en su nombre. Si no está conforme con una decisión del Departamento en relación con su solicitud, tiene derecho a solicitar una audiencia. Debe solicitar una audiencia dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha en que reciba un aviso escrito sobre los beneficios del SNAP; treinta (30) días a partir de la fecha en que reciba un aviso escrito del programa RIW, la Asistencia para el cuidado de niños o Medicaid; y diez (10) días a partir de la fecha en que reciba un aviso escrito de la GPA.

Declaração de não - discriminação: De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, U.S. Department of Agriculture), sus organismos, oficinas, empleados e instituciones que participan en programas del USDA o los administran tienen prohibido discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre programas (p. ej. braille, letra grande, audio, lenguaje de señas norteamericano, etc.) deben comunicarse con el organismo (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, la información de los programas también puede proporcionarse en otros idiomas que no sean inglés. Para presentar una queja de discriminación, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA que se encuentra en el sitio web http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

De acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (29 U.S.C. 794), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), el Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (45 C.F.R. Partes 80 y 84), las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Educación de los Estados Unidos (34 C.F.R. Partes 104 y 106), y el Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (7 C.F.R. 272.6) , el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) de Rhode Island no discrimina sobre la base de la raza, color, nacionalidad, discapacidad, creencias políticas, edad, religión o sexo en la aceptación o la prestación de servicios, empleo o trato, así como en sus actividades y programas educativos o de otra índole. En virtud de otras disposiciones de la legislación pertinente, el DHS no discrimina sobre la base de la orientación sexual o identidad o expresión de género. Para obtener más información sobre estas leyes contra la discriminación, reglamentaciones y los procedimientos para la resolución de reclamos por discriminación, comuníquese con el DHS a la siguiente dirección: 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, número de teléfono 462-2130 (462-6239 o 711 para personas sordas o con problemas de audición). El oficial de enlace de relaciones comunitarias es el coordinador de la implementación del Título VI; el administrador, o la persona designada, de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS, Office of Rehabilitation Services) es el coordinador de la implementación del Título IX, el artículo 504 y la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). El director del DHS, o la persona designada, tiene la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles de todos los programas del organismo.

Tiene DERECHO a la confidencialidad. El Departamento utiliza la información sobre usted y otros miembros de su hogar únicamente con fines directamente relacionados con la administración de los programas y de conformidad con las normas de privacidad de la información médica de identificación personal de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act).

El DHS puede autorizar el uso o la divulgación de la información médica protegida con fines relacionados con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica de conformidad con el aviso de prácticas de privacidad del DHS.

El Departamento no publica información sobre usted ni otros miembros del hogar sin su consentimiento, a excepción de lo estipulado en las Leyes Generales de Rhode Island, artículos 40-6-12 y 40-6-12.1, así como en las reglamentaciones establecidas en los manuales de políticas del DHS y el SNAP. Toda persona hallada culpable de haber infringido las disposiciones de las Leyes Generales de Rhode Island, artículo 40-6-12, se considerará culpable de una falta. Los infractores están sujetos a una multa máxima de doscientos dólares ($200), una condena a prisión de hasta seis (6) meses o ambas.

Tiene DERECHO a presentar una solicitud conjunta para más de un programa o una solicitud por separado para los beneficios del SNAP sin solicitar los beneficios de otro programa. Todas las solicitudes del SNAP, ya sean presentadas en forma conjunta o por separado, deben procesarse a los fines del SNAP de conformidad con los requisitos de procedimiento, celeridad, notificación y audiencia imparcial de dicho programa. A ningún hogar se le rechazará la solicitud del SNAP únicamente sobre la base de la denegación de su solicitud para participar en otro programa o la interrupción de los beneficios de otro programa sin que el Departamento tome una determinación independiente respecto de su falta de cumplimiento con los requisitos de elegibilidad del SNAP. Si un hogar presenta una solicitud conjunta para el SNAP y otro programa y se le niegan los beneficios del otro programa, no deberá volver a presentar la solicitud conjunta ni presentar una nueva solicitud para el SNAP, sino que su elegibilidad para el SNAP se determinará sobre la base de la solicitud conjunta, de conformidad con los plazos de procesamiento de dicho programa, a partir de la fecha en que la solicitud conjunta fue aceptada por el Departamento.

RESPONSABILIDADES

Tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar al Departamento información exacta sobre sus ingresos, recursos y arreglos de vida.

Tiene la RESPONSABILIDAD de informarnos de inmediato (en un plazo de diez [10] días) sobre cualquier cambio en sus ingresos, recursos, composición familiar o cualquier otro cambio que afecte a su hogar. Para la asistencia monetaria del programa RIW y el CCAP, debe informarnos de inmediato (en un plazo de cinco [5] días) si un menor abandona el hogar, cualquiera sea el motivo. Para el SNAP, si usted informa de manera simplificada, debe declarar cualquier cambio en los ingresos que provoque que los ingresos brutos del hogar superen el estándar de elegibilidad de ingresos brutos para el SNAP aplicable al tamaño de su grupo familiar. Si tiene alguna duda respecto de sus requisitos de informes, comuníquese con un trabajador del DHS.

Tiene la RESPONSABILIDAD, si solicita el CCAP, de encontrar un proveedor adecuado de cuidado de niños para sus hijos y de realizar los arreglos necesarios para que estos reciban los servicios de ese proveedor. El DHS solo pagará las horas en las que usted se encuentre en el trabajo o en una actividad educativa o de capacitación aprobada por el DHS, por lo que el costo de las horas de cuidado excedentes correrá por cuenta suya exclusivamente. Si se determina que es elegible, es posible que deba hacerse cargo de una parte del costo del cuidado de niños (copago) y efectuar dicho pago directamente al proveedor del servicio. Si se determina que no es elegible, tiene un plazo de 30 días a partir de la recepción del aviso escrito para solicitar una audiencia por escrito a fin de apelar la determinación de falta de elegibilidad. Si la decisión de la audiencia no es a su favor, el DHS no se hará responsable de ninguno de los gastos de cuidado de niños en los que haya incurrido con su proveedor de dicho servicio. Al firmar este formulario, brinda su autorización para que el DHS informe al proveedor de cuidado de niños cuando se lo notifique a usted de la decisión de otorgarle, interrumpirle o denegarle la Asistencia para el cuidado de niños.

Tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar su número de Seguro Social y los de sus familiares (o prueba de que los ha solicitado), o bien, de solicitarlos, si debe hacerlo, como condición de elegibilidad. La recopilación de información de esta solicitud, como así también de los números de Seguro Social de cada miembro del hogar para quienes recibe asistencia, está autorizada conforme a la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente denominada Ley de Cupones para Alimentos) y sus enmiendas (7 U.S.C. 2011-2036). Esta información se utilizará para determinar si su hogar es elegible o continúa siendo elegible para participar en los programas SNAP, MA, RIW, GPA o CCAP. El Departamento verificará esta información a través de programas informáticos con el Departamento de Trabajo y Capacitación, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, el Servicio de Alimentos y Nutrición y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas conforme a las leyes, reglamentaciones o contratos, y estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. La información sobre ingresos y elegibilidad obtenida de estos organismos se utilizará para garantizar que su hogar sea elegible para los beneficios del SNAP, la GPA, la Asistencia para el cuidado de niños, el RIW o Medicaid y que reciba el monto correcto. Esta información también se utilizará para supervisar el cumplimiento de las reglamentaciones del programa y la gestión del programa. Esta información puede divulgarse a otros organismos federales y estatales para someterse a exámenes oficiales, así como a autoridades de aplicación de la ley a los efectos de aprehender a las personas que huyen de la ley. Si se inicia una reclamación contra su hogar, la información contenida en esta solicitud, incluidos todos los SSN, puede transmitirse a organismos federales y estatales, así como a organismos privados de cobranza de reclamaciones para que realicen los procedimientos correspondientes a tal fin. El suministro de la información solicitada es voluntario. Sin embargo, si no proporciona los SSN, se le denegarán los beneficios a cada persona que no proporcione su SSN. Los SSN provistos se utilizarán y se divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros del hogar elegibles.

Tiene la RESPONSABILIDAD de declarar sus gastos y proporcionar pruebas de los gastos declarados en las preguntas 29 a 38 a fin de recibir el monto máximo de los beneficios permitidos del SNAP. Si no declara sus gastos o no proporciona pruebas de ellos, se interpretará que no desea recibir una deducción por los gastos no declarados o no corroborados.

Tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar plenamente con el personal estatal y federal que lleva a cabo las revisiones de control de calidad.

Solo los ciudadanos estadounidenses y determinados inmigrantes legales pueden ser elegibles para los beneficios del SNAP. Si hay personas en su hogar que no son ciudadanos estadounidenses y que no son elegibles, aún puede presentar la solicitud y recibir los beneficios para otros miembros elegibles del hogar. No se lo obliga a proporcionar información de inmigración de las personas que no solicitan los beneficios, pero es posible que deba proporcionar otros datos de dichas personas, por ejemplo, ingresos y recursos.

Restricciones de uso de los beneficios monetarios de la EBT y sanciones del programa RIW: conforme al artículo 4004 de la Ley Pública 112-96, los beneficiarios de la Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, Temporary Assistance for Needy Families) tienen prohibido utilizar los beneficios de asistencia monetaria de la TANF recibidos conforme al programa RI Works y las Leyes Generales de Rhode Island, artículos 40-5.2 et seq., en cualquier operación de transferencia electrónica de beneficios en los siguientes establecimientos:

- Tiendas de bebidas alcohólicas.
- Casinos, casinos de juego o establecimientos de juego.
- Establecimientos minoristas que brinden entretenimiento para adultos donde los artistas se quiten la ropa o se presenten sin vestimenta con el propósito de entretener.

Toda persona que reciba asistencia monetaria a través del programa RI Works y utilice una tarjeta de EBT de un modo que infrinja las normas precedentes estará sujeta a las siguientes sanciones:

- Por la primera infracción, el hogar recibirá una advertencia sobre la realización de una operación prohibida.
- Por la segunda infracción, el hogar recibirá una sanción por un monto equivalente al de la operación de EBT que se efectuó en el establecimiento prohibido.
- Por la tercera infracción y cualquier otra subsiguiente, el hogar recibirá una sanción por un monto equivalente al de la operación de EBT que se efectuó en el establecimiento prohibido Y, durante el mes siguiente al mes de la infracción, el monto de la asistencia monetaria al que la familia beneficiaria de otro modo tendría derecho se reducirá en un monto equivalente a la parte de los beneficios de la familia atribuible al padre o la madre que utilizó la tarjeta de EBT en un establecimiento restringido. Para un grupo familiar compuesto por dos (2) integrantes, la reducción de los beneficios a raíz de una infracción de uso de la EBT en un establecimiento restringido se calculará como si el grupo familiar estuviese compuesto por tres (3) integrantes, en el que la parte atribuible al padre o la madre equivale a ciento cinco dólares ($105).

Disposiciones para el reemplazo de la tarjeta de EBT del RIW/SNAP:
Los titulares de la tarjeta que soliciten cuatro (4) o más tarjetas de EBT de reemplazo dentro de un período de doce (12) meses pueden ser derivados a la Unidad de Fraude para que se investigue el mal uso o abuso de la tarjeta de EBT. Las infracciones documentadas pueden tener como resultado que se tome una o varias de las siguientes medidas:

- Descalificación para participar en el programa.
- Recuperación mediante resarcimiento o restitución.
- Inicio de acciones penales.

En todos los casos, la agencia deberá tomar medidas para proteger a los hogares que contienen personas indigentes, ancianos, personas con discapacidad, víctimas de delitos y otras personas vulnerables que podrían perder las tarjetas de EBT sin cometer un fraude.

PROGRAMA RI WORKS, MEDICAID, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ASISTENCIA PÚBLICA GENERAL
GRAVÁMENES Y TRASPASOS

Comprendo que, conforme a las Leyes Generales de Rhode Island, artículos 40-6-9, 40-6-10 o 40-8-15, sin necesidad de firmar ningún documento:
a) De la manutención infantil y el establecimiento de la paternidad
He cedido al DHS todos los derechos que pudiera tener por cuenta propia o a mi nombre, y por cuenta de mis hijos o a su nombre, respecto de cualquier persona que no proporcione manutención, sustento y atención médica a mí mismo y a mi hijo menor de edad, o bien, a un hijo para el cual reciba asistencia del DHS. El DHS está autorizado a interponer una demanda
a fin de establecer la paternidad o realizar la cobranza de la manutención para mí mismo, mis hijos o los hijos que reciban o hayan recibido asistencia del DHS.
b) De los montos recuperables de terceros
He cedido al DHS todos los derechos que pudiera tener por cuenta propia y a mi nombre, o a nombre de cualquier persona en cuya representación pudiera actuar legalmente, sobre los montos recuperables de terceros, equivalentes al monto de la asistencia financiera y beneficios de Medicaid proporcionados como resultado de un accidente, lesión o enfermedad.
c) De los montos a recuperables de la indemnización de trabajadores
El DHS puede imponer un gravamen sobre cualquier asignación, orden o acuerdo pendientes a los que pudiera tener derecho conforme a las disposiciones de la Ley de Indemnización de Trabajadores de Rhode Island y los capítulos 28-29 a 28-38 de las Leyes Generales de Rhode Island. El propósito del gravamen es asegurar que se le reintegren al Departamento los pagos de sumas de dinero y de Medicaid que se hayan efectuado a mi persona o en mi nombre durante el período de la asignación, orden o acuerdo de la indemnización de trabajadores.
d) Del gravamen sobre la herencia de un beneficiario fallecido para el reintegro a Medicaid
El DHS puede imponer un gravamen sobre la herencia de un beneficiario de Medicaid que tenía cincuenta y cinco (55) años de edad o más al momento de su fallecimiento. De conformidad con las Leyes Generales de Rhode Island, artículo 40-8-15, la suma total de los beneficios de Medicaid que se pagaron en nombre de un beneficiario de Medicaid que tenía cincuenta y cinco (55) años de edad o más al momento del cobro de dicha asistencia representará una deuda con el estado y constituirá un gravamen sobre la herencia del beneficiario a favor del DHS. Sin embargo, el gravamen no tendrá plena vigencia y no se aplicará sobre la herencia del beneficiario al que le sobrevivan el cónyuge, un hijo menor de veintiún (21) años de edad o un niño que sea ciego o discapacitado en forma total y permanente, como se estipula en el Título XVI (SSI) de la Ley del Seguro Social.

Comprendo que, como condición para recibir los beneficios del RIW, todas las personas a quienes solicito dicho programa están obligadas a cumplir con los requisitos del RIW, a menos que queden exentas por ley.

Comprendo que esta solicitud servirá como autorización para que el DHS obtenga de los proveedores de servicios médicos información relativa a mí o a cualquier persona incluida en esta solicitud durante el tiempo que el caso permanezca abierto.

Comprendo y acepto que la oficina del DHS puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

II. REPRESENTANTE AUTORIZADO

Tiene DERECHO a designar un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona designada por el jefe del hogar o su cónyuge, o bien, cualquier otro miembro responsable del hogar, para actuar en representación del hogar a fin de solicitar los beneficios del programa o utilizar dichos beneficios. El representante autorizado para la utilización de los beneficios puede o no ser la misma persona designada como representante autorizado para el proceso de solicitud o para cumplir con los requisitos de informes. La designación del representante autorizado debe realizarse por escrito.

Puede autorizar a una persona que no sea miembro del hogar 1) para que obtenga los beneficios del SNAP en su nombre o 2) para que los utilice para comprarle alimentos. Si desea autorizar a un representante, escriba el nombre de la persona a continuación.

_____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

_____ _____
Dirección Ciudad Código postal Número de teléfono

III. ADVERTENCIAS SOBRE SANCIONES DEL SNAP

Comprendo lo siguiente:

1. Cualquier miembro del hogar que infrinja intencionalmente una norma del SNAP será excluido del programa desde un año hasta de forma permanente, multado por hasta $250,000, condenado a prisión durante hasta 20 años o ambos. También puede estar sujeto a acciones judiciales conforme a otras leyes federales y estatales aplicables. Además, puede ser excluido del SNAP durante 18 meses adicionales por orden judicial. Cualquier miembro del hogar que infrinja intencionalmente una norma del SNAP puede ser excluido del programa del siguiente modo:

*Durante un período de un (1) año por la primera infracción, con las excepciones descritas a continuación en los puntos 2 y 3.
*Durante un período de dos (2) años por la segunda infracción, con la excepción descrita a continuación en el punto 3.
*De forma permanente en la tercera ocasión de una infracción intencional al programa.

2. Las personas que sean halladas culpables por un tribunal federal, estatal o local de haber utilizado o recibido los beneficios del SNAP en una operación que haya implicado la venta de armas de fuego, municiones o explosivos serán inelegibles de forma permanente para el SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.

3. Las personas que sean halladas culpables de haber realizado una declaración o manifestación fraudulenta en relación con su identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios del SNAP de forma simultánea serán inelegibles para participar en dicho programa durante un período de diez (10) años.

4. Las personas que sean halladas culpables por un tribunal federal, estatal o local de haber utilizado o recibido beneficios en una operación que haya implicado la venta de una sustancia controlada (como se define en el artículo 102 de la Ley de Sustancias Controladas [21 U.S.C. 802]) no serán elegibles para los beneficios durante dos años en la primera infracción y, de forma permanente, en la segunda infracción.

5. Las personas que sean halladas culpables por un tribunal de haber comprado o vendido drogas ilegales o determinados medicamentos recetados a cambio de beneficios del SNAP no podrán participar en dicho programa durante 24 meses en la primera infracción y, de forma permanente, en la segunda infracción.

6. Las personas condenadas por un tribunal federal, estatal o local por haber comercializado los beneficios por un monto total de $500 o más serán inelegibles de forma permanente para recibir los beneficios del SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.

NO proporcione información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo los beneficios del SNAP.
NO comercialice ni venda las tarjetas de EBT.
NO utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos inelegibles, por ejemplo, bebidas alcohólicas o tabaco.
NO utilice la tarjeta de EBT de otra persona para su hogar.
NO pague los alimentos adquiridos a crédito con los beneficios del SNAP. Si lo hace, podría quedar descalificado del programa.

El DHS puede utilizar o divulgar la información contenida en esta solicitud a los fines de la administración de los programas del DHS, así como para la administración de otros programas de asistencia que funcionan con fondos federales, de acuerdo con las leyes, los contratos y las reglamentaciones estatales y federales.

El DHS puede dar a conocer información no identificable para fines de investigación. Toda divulgación de información identificable se realizará de conformidad con las leyes estatales y federales.

Comprendo las preguntas de esta solicitud y las sanciones que se aplican por ocultar o dar información falsa o infringir cualquiera de las normas especificadas en esta advertencia sobre sanciones.

Certifico bajo pena de perjurio que las repuestas que he proporcionado, incluida la información sobre la ciudadanía y condición de extranjero, es correcta y está completa a mi leal saber y entender. Tengo conocimiento de que en virtud de las Leyes Generales de Rhode Island, artículo 40-6-15, podrá imponerse una multa máxima de $1,000 o una condena a prisión de hasta cinco (5) años, o ambas, a toda persona que obtenga, intente obtener, o ayude o induzca a otra persona a obtener asistencia pública a la que no tiene derecho, o bien, que no declare premeditadamente sus ingresos, recursos o circunstancias personales ni informe que estos superan el monto informado anteriormente. Doy fe de que la identidad de los hijos menores de edad identificados en la presente solicitud y toda la información contenida en ella es verdadera. Comprendo que, si proporciono información errónea, infringiré la ley y podré recibir una sanción conforme a las legislaciones federal, estatal o ambas.

Firma del solicitante o beneficiario	Fecha	Firma del representante autorizado	Fecha
Firma del cónyuge o del otro padre o madre de los niños	Fecha	Firma de la persona que lo ayuda a completar este formulario	Fecha
Firma del tutor legal, curador o apoderado	Fecha	Firma del representante de la agencia	Fecha

PARA USO DE LA AGENCIA ÚNICAMENTE

OBSERVACIONES	INICIALES	FECHA

Aviso para el solicitante que se registra para votar en Rhode Island

La Junta estatal de elecciones insta a todos los ciudadanos a registrare para votar. Su voto los beneficiará a usted y a su familia.

En este paquete de formularios se incluye un formulario de registro para votantes. Si desea registrarse para votar, complete y firme el formulario y envíelo por correo a la Junta Electoral (Board of Canvassers) local (el directorio figura en el reverso del formulario).

Regístrese para votar

- Si no está registrado para votar donde vive en la actualidad, complete el formulario que se adjunta.

- La solicitud de registro o la negativa a registrarse para votar no afectarán el monto de asistencia provista por este organismo.

- Si desea obtener ayuda para completar el formulario de solicitud de registro para votar, puede llevarlo cuando devuelva los demás formularios completados de este paquete o puede ir a la Junta Electoral local de la ciudad/pueblo donde vive. (El directorio de ciudades/pueblos se encuentra en el reverso del formulario de registro para votantes).
- La decisión de obtener o aceptar la ayuda es suya.

- Si considera que una persona ha interferido en su derecho a registrarse o negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad en su decisión de registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el coordinador de registro de votantes (Voter Registration Coordinator), 50 Branch Avenue, Providence, RI 02904 o (401)222-2345.

RHODE ISLAND
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

Sírvase usar tinta y escribir en letra de molde legible.
A menos que esté marcada como optativa, toda la información solicitada es obligatoria.

Puede usar este formulario para:

- Inscribirse para votar en Rhode Island.
- Cambiar su nombre o dirección en la inscripción.
- Escoger un partido político o cambiar de partido.

Para inscribirse para votar en RI, tiene que:

- Vivir en Rhode Island.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- Haber cumplido 16 años de edad.
  (Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciónes)

INSTRUCCIONES

Casilla 2: Obligatorio. Ciudadanos y residentes de Rhode Island de 16 años de edad pueden inscribirsen para votar usando este formulario. Si no marca alguna de estas casillas, se le devolverá el formulario. Si contesta NO, no complete este formulario.

Casilla 3: Si es la primera vez que se inscribe por correo para votar en Rhode Island o si alguien entrega este formulario a nombre suyo, se le **EXIGE** que dé el número de su licencia de conductor o número de identificación estatal expedido por el Departamento de Automotores (DMV) de Rhode Island. Si no tiene ninguno de los dos, deberá dar su los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social. Si no da los datos indicados arriba o si estos no se pueden verificar, se le pedirá que antes de votar le muestre al funcionario electoral un documento de identidad. Los documentos de identidad aceptables se detallan en la sede de la Junta de Elecciones en http://www.elections.ri.gov puede comunicarse con la Junta de Escrutadores local (ver el dorso de este formulario).

Casilla 5: Cada persona puede tener una sola residencia legal. Tiene que inscribirse con su residencia actual. Sólo puede indicar una casilla postal o ruta rural en la Casilla 6, "Dirección postal".

Casilla 9: Si deseas inscribirse como miembro de un partido político, marque la casilla correspondiente. **Si dejas la Casilla 9 en blanco, se inscribe sin afiliación.**

Casilla 10: Tiene que FIRMAR y FECHAR el formulario de inscripción. Si no lo hace, se le devolverá el formulario.

Casilla 11: Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de nombre legalmente, indique su nombre legal anterior.

Casilla 12: Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de dirección, indique su dirección anterior, **incluso si era fuera del estado.**

Antes de que transcurran 3 semanas, recibirá un acuse de recibo del formulario de inscripción de votante. Si no lo recibe, comuníquese con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso). Si tiene preguntas o para averiguar más sobre las fechas límite, acuda a la sede en Internet de la Junta Electoral del estado en http://www.elections.ri.gov o póngase en contacto con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso).

(Se autoriza la reproducción de este formulario)

Formulario de Inscripción de Votantes de Rhode Island

1. Marque lo que corresponda: ☐ Inscripción votante nuevo ☐ Cambio dirección ☐ Cambio partido ☐ Cambio nombre

2. Soy ciudadano de EE.UU. y residente de Rhode Island ☐ Sí ☐ No

Cumplido 16 años de edad. (Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciónes) ☐ Sí ☐ No

Si marcó NO en cualquiera de estas casillas, no complete este formulario.

3. No. de licencia de conductorde RI
No. de tarjeta de identidad de RI:

Si no tiene licencia o ID de RI, escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social:

Si no puso ningún número, vea arriba en Instrucciones, Casilla 3.

4. Apellido	Nombre	2° nombre (o la inicial)

5. Dirección residencial (No puede ser una casilla postal)	Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado	Código ZIP
			RI	

6. Dirección postal (si es distinta de la dirección de la Casilla 5)	Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado	Código ZIP

7. Fecha de nacimiento
Mes Día Año

8. No. de teléfono / Correo electrónico (optativo)

9. Selleccione su partido: ☐ Demócrata ☐ Moderado ☐ Republicano ☐ Sin afiliación ☐ Otro_____

10. Juro o afirmo que:

- No estoy recluido ni en cárcel ni prisión, condenado por un delito mayor.
- No he sido declarado "incompetente mental" para votar por ningún juzgado.
- A mi leal entender, la información que he dado es verídica, so pena de perjurio. Si doy información falsa, puedo ser multado, encarcelado o (si no soy ciudadano de EE.UU.) deportado del país o se me puede negar el ingreso a Estados Unidos.

Uso oficial para código de barras

Firme aquí con su nombre completo o ponga su marca.

Fecha de la firma MM/DD/AAAA

¿Le interesa trabajar en las urnas? (marque esta casilla) ☐

Advertencia: Si firma este formulario a sabiendas de alguna falsedad, pueden ser condenado y multado hasta $5,000 o encarcelado hasta 10 años.

11. Nombre anterior (si es disinto del de la Casilla 4)

12. Dirección de su inscripción anterior (Ciudad/Pueblo, Estado, ZIP y Condado)

02/2012 Regs
Form Revised 12/2012

Remite

_____

_____

_____

Requiere franqueo. La Oficina Postal no hará entrega si no tiene el debido franqueo.

Remitir a: **BOARD OF CANVASSERS**

_____

_____

_____

**********Plegar aquí y pegar arriba con cinta**********

INSTRUCCIONES PARA REMITIR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

Todo solicitante que opte por remitir su formulario de inscripción de votante por correo, deberá hacerlo de la manera siguiente:

1. Plegar el formulario en la línea punteada y usar cinta pegante para pegar el borde inferior del formulario con su borde superior.
2. Ubicar, en la lista que figura a continuación, la dirección de la Junta de Escrutadores en la ciudad o pueblo en el que se está inscribiendo para votar. Inserte dicha dirección en el espacio correspondiente debajo de **"Remitir a: BOARD OF CANVASSERS"** en el costado de la dirección del formulario de inscripción de votante. Escriba su remite en el espacio indicado.

NOTIFICACIÓN: *Toda intromisión de su privacidad al inscribirse para votar o al escoger un partido político es contravención de la ley. Si usted considera que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse o no inscribirse, o con su privacidad al tomar esta decisión, o al escoger un partido político, puede presentar una queja ante la Junta Estatal de Elecciones, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.*

JUNTAS DE ESCRUTADORES LOCALES

Barrington Town Hall 283 County Rd. Barrington, RI 02806

Bristol Town Hall 10 Court St. Bristol, RI 02809

Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830

Central Falls City Hall 580 Broad St. Central Falls, RI 02863

Charlestown Town Hall, 4540 So. County Trail, Charlestown, RI 02813

Coventry Town Hall 1670 Flat River Rd. Coventry, RI 02816

Cranston City Hall 869 Park Ave. Cranston, RI 02910

Cumberland Town Hall 45 Broad St. Cumberland, RI 02864

East Greenwich Town Hall PO Box 111 East Greenwich, RI 02818

East Providence City Hall 145 Taunton Ave. East Providence, RI 02914

Exeter Town Hall 675 Ten Rod Rd. Exeter, RI 02822

Foster Town Hall 181 Howard Hill Rd. Foster, RI 02825

Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814

Hopkinton Town Hall One Town House Rd. Hopkinton, RI 02833

Jamestown Town Hall 93 Narragansett Ave. Jamestown, RI 02835

Johnston Town Hall 1385 Hartford Ave Johnston, RI 02919

Lincoln Town Hall 100 Old River Rd. PO Box 100, Lincoln, RI 02865

Little Compton Town Hall PO Box 226 Little Compton, RI 02837

Middletown Town Hall 350 East Main Rd. Middletown, RI 02842

Narragansett Town Hall 25 Fifth Ave. Narragansett, RI 02882

New Shoreham Town Hall PO Drawer 220 Block Island, RI 02807

Newport City Hall 43 Broadway Newport, RI 02840

No. Kingstown Town Hall 80 Boston Neck Rd. North Kingstown, RI 02852

North Providence Town Hall 2000 Smith St. North Providence, RI 02911

North Smithfield Municipal Annex 575 Smithfield Rd, North Smithfield, RI 02896

Pawtucket City Hall 137 Roosevelt Ave. Pawtucket, RI 02860

Portsmouth Town Hall 2200 East Main Rd Portsmouth, RI 02871

Providence City Hall 25 Dorrance St. Providence, RI 02903

Richmond Town Hall 5 Richmond Townhouse Rd. Wyoming, RI 02898

Scituate Town Hall PO Box 328 North Scituate, RI 02857

Smithfield Town Hall 64 Farnum Pike Smithfield, RI 02917

So. Kingstown Town Hall 180 High St Wakefield, RI 02879.

Tiverton Town Hall 343 Highland Rd. Tiverton, RI 02878

Warren Town Hall 514 Main St. Warren, RI 02885

Warwick City Hall 3275 Post Rd. Warwick, RI 02886

W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway W. Greenwich, RI 02817

West Warwick Town Hall 1170 Main St. West Warwick, RI 02893

Westerly Town Hall 45 Broad St. Westerly, RI 02891

Woonsocket City Hall P.O. Box B, 169 Main St. Woonsocket, RI 02895

Toda consulta sobre la inscripción de votantes puede dirigirse a:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov