



Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island Solicitud de asistencia (DHS-2)

Instrucciones generales para completar esta solicitud

Cómo obtener ayuda con esta solicitud

Puede pedir que lo ayuden a completar este formulario y que se traduzcan el formulario y las notificaciones. Si tiene una discapacidad o una afección que le imposibilita comprender este formulario o responder las preguntas que contiene, podemos ayudarlo. Hable con un representante del Departamento de Servicios Humanos (*Department of Human Services, DHS*) o comuníquese con el Centro de llamadas del DHS: 462-5300.

¿Quién debe completar la solicitud?

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

Respuesta a las preguntas

Si responde a todas las preguntas de la solicitud de asistencia, podremos determinar si usted reúne los requisitos de elegibilidad para acceder a TODOS los programas. En las páginas 3 y 4, que contienen instrucciones, encontrará una descripción de cada programa al que puede solicitar por medio de esta solicitud. Junto a cada pregunta, aparecerán pequeñas casillas con las iniciales o el acrónimo de cada programa. En estas casillas, se indicará qué preguntas debe responder para cada programa. Por ejemplo, si solicita asistencia para el cuidado infantil, debe responder las preguntas que tengan el acrónimo **CCAP**.

Si bien le recomendamos que responda la mayor cantidad posible de preguntas, si solicita únicamente el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (*Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP*), **aceptaremos la solicitud incluso si solo contiene su nombre, dirección y firma.**

Cada pregunta está seguida por una sección de casillas en las que debe completarse la información requerida. Indique SÍ o NO para cada pregunta colocando una marca de verificación junto a la pregunta. **SI la respuesta es SÍ**, suministre la información requerida en el espacio provisto para tal fin debajo de la pregunta. Debe proporcionar la información sobre CADA miembro del grupo familiar. Si la pregunta no le corresponde a usted ni a ningún miembro de su grupo familiar, entonces la respuesta es NO. Deje la casilla en blanco y vaya a la pregunta siguiente.

Aseguramiento de la fecha de solicitud

Puede desprender la primera página de esta solicitud y enviarla firmada al DHS a fin de establecer una fecha de inicio y comenzar la solicitud. Deberá completar y enviar el resto de la solicitud para recibir beneficios/cobertura.

SI necesita más espacio para responder

Vaya a la página 25 si se queda sin espacio, donde se proporcionan casillas para agregar información. Indique a qué pregunta hace referencia colocando su número en una de las casillas. También puede adjuntar hojas de papel aparte, si es necesario.

Derechos y responsabilidades/Página de firma

Lea las páginas 27 a 31. Estas páginas incluyen información importante sobre sus derechos y responsabilidades. Todos los solicitantes deben firmar la página 31 de la solicitud antes de enviarla. Si envía la primera página solo para asegurar la fecha de la solicitud, debe firmar la página 1 y, luego, enviar el resto de la solicitud con una firma en la página 31.

Elección de un representante autorizado

Si desea escoger un representante autorizado que actúe en nombre del grupo familiar para solicitar beneficios de programas o utilizar dichos beneficios, puede hacerlo en la página 2 de la solicitud.

Tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT)

Los beneficios del SNAP y de asistencia financiera del programa Empleos en Rhode Island (*Rhode Island Works, RIW*) se emiten mediante el proceso de transferencia electrónica de beneficios (*Electronic Benefit Transfer, EBT*). Puede obtener los beneficios utilizando la tarjeta de EBT. La oficina local le enviará más información acerca de este proceso.

EJEMPLOS DE DOCUMENTOS QUE POSIBLEMENTE DEBA ENTREGAR EN LA ENTREVISTA O ENVIAR PARA LA APROBACIÓN DE BENEFICIOS

Nota: Se puede utilizar el mismo documento para verificar más de una categoría; por ejemplo, con una licencia de conducir, se pueden verificar la identidad y el domicilio. Si solicita Medicaid, verificaremos la información que nos proporcione con fuentes de datos, en la mayor medida posible.

1. Para verificar su identidad, edad/fecha de nacimiento, ciudadanía y/o condición de inmigrante (*todos los programas*)

- ✓ Licencia de conducir
- ✓ Identificación escolar o laboral
- ✓ Documentos de inmigración y naturalización (p. ej., tarjeta verde)
- ✓ Registros de nacimiento del hospital
- ✓ Certificado de nacimiento
- ✓ Pasaporte de EE. UU.
- ✓ Cualquier otra documentación que se solicite como prueba de ciudadanía, condición de inmigrante o edad podrá usarse para verificar la identidad.

2. Para verificar residencia en Rhode Island (*todos los programas excepto ACC, a menos que existan dudas*)

- ✓ Recibos de pago de alquiler o hipoteca en los que conste la dirección
- ✓ Tarjeta de la biblioteca en la que conste la dirección
- ✓ Tarjeta de registro de votante
- ✓ Contrato de arrendamiento o carta del propietario
- ✓ Correo recibido en el que conste la dirección (facturas de servicios públicos, resúmenes bancarios)

3. Para verificar ingresos (*todos los programas*)

- ✓ Talones de cheques (en los que consten los últimos 30 días de ingresos)
- ✓ Declaración del empleador en la que se indiquen ingresos antes de impuestos, cronograma de horas de trabajo y cantidad de horas trabajadas durante las últimas cuatro semanas (si le pagan con dinero en efectivo o no tiene los talones de cheque)
- ✓ Carta de adjudicación de beneficios de veteranos, del Seguro Social o de Seguro de Ingreso Suplementario
- ✓ Otras cartas de adjudicación de beneficios por discapacidad o jubilación
- ✓ Prueba de pensión alimenticia recibida
- ✓ Prueba de recepción de beneficios de seguro por desempleo, beneficios por discapacidad temporal (*temporary disability benefits*, TDI), beneficios de la Administración de Veteranos (*Veteran's Administration*, VA)
- ✓ Declaraciones de impuestos previas
- ✓ Prueba de ingresos por trabajo independiente (incluye ingresos por alquiler y trabajo autónomo): declaración de impuestos o libro contable de trabajo independiente
- ✓ Orden de manutención de menores emitida por un tribunal

4. Para verificar sus recursos (*RIW, GPA, EAD, LTSS, MPP, SSP, KB, CCAP si se supera el monto de \$9,500*)

- ✓ Documentación que demuestre titularidad de un fideicomiso
- ✓ Prueba de propiedades en alquiler
- ✓ Documentación de fideicomisos, propiedad
- ✓ Acciones y/o bonos
- ✓ Prueba de titularidad de inmuebles distintos de su vivienda
- ✓ Registro de vehículos, incluidos automóviles, embarcaciones, camiones, motocicletas, caravanas
- ✓ Evidencia de titularidad de otras propiedades que generan ingresos
- ✓ Prueba de titularidad de una parcela en el cementerio (si posee más de una)
- ✓ Cuentas bancarias, cuentas de ahorros, declaraciones de instituciones financieras, certificados de depósito (*Certificate of Deposit*, CD)

5. Para verificar los gastos por cuidado de dependientes (*RIW, SNAP*)

- ✓ Prueba de gastos relacionados con cuidado infantil o el cuidado de un adulto incapacitado que vive en el hogar: recibos en los que consten los gastos a su cargo

6. Para verificar los costos de alojamiento (*SNAP, RIW, LTSS*)

- ✓ Documentos de alquiler, arrendamiento o hipoteca
- ✓ Declaración del propietario
- ✓ Declaración de impuestos a la propiedad
- ✓ Declaración del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Department of Housing and Urban Development*, HUD) de EE. UU.
- ✓ Prueba de seguro de la propiedad
- ✓ Recibos o informes de compañías de servicios públicos
- ✓ Declaración de la persona que comparte los costos de alojamiento

7. Para verificar los gastos de manutención de menores (*SNAP, ACC*)

- ✓ Manutención de menores que usted paga: resumen de ingresos si el monto de manutención se deduce del salario o de los ingresos
- ✓ Copia de la orden del tribunal

8. Para verificar los gastos médicos que no están cubiertos por el seguro (SNAP, EAD)

- ✓ Resumen de servicios recibidos, como consultas al médico o en el hospital
- ✓ Recibos en los que consten gastos médicos no reembolsados
- ✓ Póliza de seguro médico en la que conste el monto de la prima
- ✓ Envases de píldoras recetadas, en los que se indique el costo en la etiqueta o en la impresión
- ✓ Facturas o recibos de equipamiento médico (incluido el costo de alquiler)

9. Para verificar las relaciones entre los miembros del grupo familiar (RIW, CCAP, ACC)

- ✓ Documentación o registros de adopción
- ✓ Registros hospitalarios o de salud pública donde consten el nacimiento o la paternidad
- ✓ Registros de paternidad y manutención de menores
- ✓ Certificados de matrimonio tribal/licencia de matrimonio
- ✓ Documentación de divorcio/custodia
- ✓ Documentación o registros de tutela

10. Para verificar discapacidad o ceguera (RIW, SNAP, CCAP, GPA, EAD, LTSS)

- ✓ Prueba de recepción de beneficios del Seguro por Discapacidad, Superviviente y Jubilación (*Retirement, Survivors, and Disability Insurance, RSDI*) o Seguro de Ingreso Suplementario (*Supplemental Security Income, SSI*); copia de la carta de adjudicación o documentación similar de la Administración del Seguro Social y/o determinación actual de elegibilidad para los beneficios de RSDI o SSI en función de la ceguera
- ✓ Copia del informe de examen médico archivado en la Oficina de Servicios de Rehabilitación (*Office of Rehabilitation Services, ORS*), Servicios para Ciegos y Disminuidos Visuales
- ✓ Declaración de un profesional médico

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)

Puede presentar su solicitud de inmediato siempre que en este documento figuren su nombre, dirección y la firma de un miembro del grupo familiar responsable o de su representante autorizado. Si se determina que usted reúne los requisitos de elegibilidad, los beneficios se calcularán a partir de la fecha en la que recibamos esta solicitud en nuestra oficina. Tenemos la obligación de verificar la información que usted proporcione y procesar su solicitud en el plazo de los treinta (30) días siguientes a la fecha de presentación, a menos que usted tenga derecho a servicios acelerados. A fin de que podamos determinar su elegibilidad, deberemos entrevistarle. La fecha de presentación de la solicitud para los solicitantes previos al alta será la fecha en que sean dados de alta de la institución.

Se le enviará un pedido por escrito en caso de que falte alguna verificación en su solicitud. Se rechazará la solicitud si la verificación faltante no se recibe en el plazo de los diez (10) posteriores a la recepción del pedido por escrito.

ASISTENCIA FINANCIERA (RIW) (GPA) (CCAP) (SSP)

Si solicita RIW, GPA, CCAP o SSP y se determina que reúne los requisitos de elegibilidad para recibir los beneficios, estos se establecerán desde la fecha en la que se recibe la solicitud firmada.

MEDICAID (LTSS) (EAD)

La cobertura retroactiva de Medicaid para determinados gastos de salud puede brindarse a los solicitantes que reúnen los requisitos de elegibilidad a través de los servicios y asistencia a largo plazo (*Long-Term Services and Supports*, LTSS) y EAD durante un máximo de tres (3) meses previos a la fecha de recepción de la solicitud firmada, siempre y cuando se cumplan todos los criterios de elegibilidad para cada mes. La cobertura retroactiva no está disponible para los beneficiarios de Medicaid ACC.

Los solicitantes pueden reunir los requisitos para acceder a Medicaid a través de más de una vía de elegibilidad. Si no está seguro de cuál es la vía más adecuada para los solicitantes de su grupo familiar, llame al 462-5300 para obtener ayuda.

ACERCA DE LOS PROGRAMAS...

Una vez más, las casillas con letras que aparecen junto a cada programa a continuación se usan en toda la solicitud para identificar las preguntas que debe responder para que puedan considerarlo para programas específicos. Responda únicamente las preguntas que correspondan al programa en el que desea inscribirse. Por ejemplo, si quiere inscribirse en todos los programas, debe responder todas las preguntas. Si solo solicita RIW y ACC, debe responder las preguntas que tengan la casilla con las siglas RIW o ACC. Puede dejar las demás preguntas en blanco.

RIW **Asistencia Financiera de Empleos en Rhode Island (RIW):** El programa Empleos en Rhode Island ofrece asistencia financiera durante una cantidad limitada de meses. Esta asistencia está destinada a familias que necesitan ayuda y a quienes no pueden trabajar, a quienes se están capacitando o quienes buscan empleo. Los solicitantes deben tener a cargo la manutención y el cuidado de un menor de menos de 18 años, o de entre 18 y 19 años si este asiste a tiempo completo a la escuela secundaria y prevé graduarse antes de cumplir 19 años. Las embarazadas sin hijos pueden calificar para recibir asistencia si se encuentran en el tercer trimestre de embarazo. Para el programa RIW, se requiere una entrevista con un trabajador de elegibilidad y una reunión con un trabajador social de caso para diseñar un plan de empleo.

SNAP **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP):** Mediante SNAP, que anteriormente se conocía como cupones para alimentos, los grupos familiares de bajos ingresos reciben ayuda para comprar los alimentos que necesitan para mantenerse saludables. Su elegibilidad para recibir los beneficios del SNAP se determinarán según sus ingresos menos determinados gastos permitidos. Deberá participar en una entrevista telefónica o personal antes de poder recibir los beneficios del SNAP.

CCAP **Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (*Child Care Assistance Program*, CCAP)** La asistencia para el cuidado infantil está disponible para familias cuyos ingresos no superen el 180 % del nivel federal de pobreza. Solo cubre las horas durante las cuales se trabaja o se realizan capacitaciones a corto plazo. Es posible que las familias deban pagar un copago según la cantidad de integrantes, el nivel de ingresos y la cantidad de niños. Las familias que participan en el programa RIW automáticamente reúnen los requisitos de elegibilidad relativos a los ingresos para acceder al CCAP. Antes de inscribirse, los solicitantes del programa RIW o los participantes que no tienen empleo deben analizar las opciones de cuidado infantil con un trabajador social, como parte del proceso de evaluación y el desarrollo de un plan de empleo. En el caso de las familias que no participan en el programa RIW, la elegibilidad para el CCAP se basa en el requisito de trabajar al menos 20 horas por semana y recibir, al menos, el salario mínimo de Rhode Island.

GPA **Programa de Asistencia Pública General (*General Public Assistance*, GPA):** El programa GPA está disponible para adultos de entre 18 y 64 años que tienen ingresos y recursos muy limitados y padecen una enfermedad crónica o incapacitante que les impide trabajar. Puede determinarse que los adultos que tengan una solicitud actual pendiente para el Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) reúnen los requisitos para recibir los beneficios del programa GPA. Debe realizarse una determinación sobre la cobertura de atención médica de Medicaid ACC antes de establecer la elegibilidad en función de una afección incapacitante. Quienes se postulan para acceder al programa GPA pueden solicitar la cobertura de atención médica de Medicaid ACC si completan las preguntas sobre ACC en este documento. También pueden hacerlo en línea, en www.healthyrhode.ri.gov.

SSP Programa de Pagos Suplementarios del Estado (*State Supplemental Payment, SSP*) a través del SSI de Rhode Island El estado de Rhode Island suplementa la tasa del beneficio de Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) federal para las personas que reúnen los requisitos de elegibilidad. Cuando los beneficiarios presenten la solicitud ante la Administración del Seguro Social (*Social Security Administration, SSA*), la autorización para el SSP mensual de los beneficiarios actuales del SSI se otorgará automáticamente. Los solicitantes de SSP a quienes la SSA les denegó los beneficios por ingresos en exceso deberán cumplir con las normas relativas a los ingresos, recursos, edad y/o discapacidad (65 años o más, persona discapacitada o ciega) establecidas para Medicaid para las personas mayores o discapacitadas de bajos ingresos. Si una persona reúne los requisitos relativos a los ingresos y afirma tener una discapacidad (y el caso no fue revisado por la SSA ni se tomó una determinación al respecto), la Unidad de SSP remitirá el caso al Equipo de Revisión de Medicaid (*Medicaid Review Team, MART*) para que tome una determinación de discapacidad.

ACC Cobertura de Salud Asequible (*Affordable Care Coverage, ACC*). Medicaid y seguro médico privado con ayuda financiera: Medicaid está disponible para padres/cuidadores cuyos ingresos no superan el 136 % del nivel federal de pobreza (*Federal Poverty Level, FPL*), los menores con ingresos de hasta el 261 % del FPL, embarazadas con ingresos de hasta el 253 % del FPL y adultos de entre 19 y 64 años con ingresos de hasta el 133 % del FPL que, de otro modo, no reúnen los requisitos de elegibilidad para acceder a Medicaid ni para inscribirse en Medicare a través de esta vía de elegibilidad. Los adultos que aguardan que una agencia gubernamental tome una determinación de discapacidad, que tienen recursos que sobrepasan los límites de elegibilidad para EAD y/o que no cumplen con los criterios de la determinación de discapacidad pueden solicitar la cobertura asequible de Medicaid a través de esta vía. Las familias y los individuos que no reúnan los requisitos de elegibilidad para recibir Medicaid y que tienen ingresos inferiores al 400 % del FPL pueden calificar para acceder a un crédito fiscal del gobierno federal para pagar los costos de la cobertura a través de un plan de salud privado. También puede solicitar cobertura en línea en www.healthyrhode.ri.gov o por teléfono, llamando al Centro de Contacto de HSRI: 1-855-840-4774.

LTSS Servicios y asistencia a largo plazo (*Long Term Services and Supports, LTSS*) de Medicaid: Los LTSS están disponibles para personas que cumplen con los niveles requeridos de necesidad y financieros, y para los individuos con discapacidades. Deben cumplirse tanto los requisitos financieros como los de "nivel de atención" clínica para acceder a los LTSS. Las personas que califiquen pueden recibir los LTSS de Medicaid en una institución de salud como una residencia con cuidados de enfermería, en el hogar o en determinados entornos comunitarios preaprobados, incluidas algunas residencias supervisadas. Entre los servicios a largo plazo cubiertos por Medicaid, se incluyen, entre otros, servicios de ama de casa/asistente de enfermería certificado (*certified nursing assistant, CNA*), modificaciones del entorno, administración de casos, atención autónoma, atención de relevo, modificaciones menores en el hogar y vivienda compartida/Rtite at Home. La variedad de servicios y las opciones donde pueden recibirse dependen de las necesidades de atención del individuo.

EAD Medicaid: Cobertura de salud para personas mayores de bajos ingresos y personas con discapacidades y adultos trabajadores con discapacidades/Plan Sherlock (EAD): A fin de acceder a Medicaid para personas mayores de bajos ingresos y personas con discapacidades, un individuo o integrante de una pareja debe tener 65 años o más o vivir con una discapacidad. Las personas ciegas también califican para recibir cobertura en esta categoría. Los ingresos deben ser hasta del 100 % del FPL y los recursos no pueden superar los \$4,000 para una persona sola o \$6,000 para una pareja. Además, el Equipo de Revisión de Medicaid (MART) debe determinar que una persona de menos de 65 años tiene una discapacidad que le impide realizar actividades remuneradas, incluido el trabajo, durante un mínimo de un año. Algunos solicitantes cuyos ingresos y/o recursos superan estos montos pueden reunir los requisitos para acceder a Medicaid a través de la vía de necesidad médica, en caso de que tengan gastos médicos mensuales elevados. Recibirá más información sobre esta vía si no cumple con los criterios relativos a los ingresos y recursos de EAD. Las personas que reciben el Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) por edad o discapacidad reúnen automáticamente los requisitos de elegibilidad para obtener Medicaid y **no** es necesario que completen esta solicitud. Los individuos que reciben el Seguro Social para Personas Discapacitadas (*Social Security Disability Insurance, SSDI*) deben presentar la solicitud, pero no es necesario que se sometan a la revisión de discapacidad a cargo del MART.

Programa de Medicaid para Trabajadores con Discapacidades/Plan Sherlock: Las personas que reúnen los requisitos de esta categoría tienen derecho a recibir todos los beneficios de Medicaid, servicios en el hogar y en la comunidad, y servicios necesarios para obtener o mantener el empleo. Para calificar para este programa, una persona debe tener al menos 18 años, cumplir con los requisitos de elegibilidad de Medicaid sobre discapacidad, tener una prueba de empleo pago y activo, disponer de ingresos de hasta el 250 % del FPL y cumplir con criterios especiales de recursos.

MPP Programa de Pago de Primas de Medicare (*Medicare Premium Payment Program, MPP*): La elegibilidad para el MPP se basa en los ingresos. Este programa ayuda a los adultos de 65 años o más y a los adultos con discapacidades a pagar la totalidad o parte de los costos de las primas, los deducibles y los copagos de las Partes A y B de Medicare. La Parte A de Medicare corresponde a la cobertura de seguro hospitalario; la Parte B cubre servicios médicos, equipo médico duradero y servicios ambulatorios. Las personas con ingresos de hasta el 135 % del FPL pueden participar en el MPP.

KB Katie Beckett (KB): El programa Katie Beckett ofrece cobertura de seguro de salud/Medicaid a menores de menos de 19 años que viven en el hogar pero tienen necesidades de salud complejas, que típicamente requieren la atención proporcionada en un centro de salud como un hospital o una residencia con cuidados de enfermería. A fin de determinar la elegibilidad para este programa, solo se consideran los ingresos y recursos del menor que necesita cobertura. Un menor puede calificar para recibir los mismos servicios disponibles a través de esta vía si los ingresos del grupo familiar se encuentran dentro de los límites de cobertura para los grupos ACC. Llame al 462-5300 si necesita más información sobre la vía más adecuada para su caso.

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

¿Necesita... (marque la casilla que corresponda): ayuda para completar esta solicitud? ayuda gratuita con el idioma?

Idioma de preferencia oral: _____ Idioma de preferencia escrito: _____

Quiero solicitar:

<input type="checkbox"/> RIW ASISTENCIA FINANCIERA (EMPLEOS EN RHODE ISLAND, [RIW])	<input type="checkbox"/> ACC MEDICAID/SEGURO DE SALUD PRIVADO CON AYUDA FINANCIERA (ACC)
<input type="checkbox"/> SNAP PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)	<input type="checkbox"/> LTSS MEDICAID: SERVICIOS Y ASISTENCIA A LARGO PLAZO (LTSS)
<input type="checkbox"/> CCAP PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL (CCAP)	<input type="checkbox"/> KB KATIE BECKETT: COBERTURA DE SALUD PARA MENORES CON DISCAPACIDADES GRAVES (KB)
<input type="checkbox"/> GPA ASISTENCIA PÚBLICA GENERAL (GPA)	<input type="checkbox"/> MPP PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE MEDICARE (MPP)
<input type="checkbox"/> SSP PROGRAMA DE PAGOS SUPLEMENTARIOS DEL ESTADO (SSP) A TRAVÉS DEL SSI DE RHODE ISLAND	<input type="checkbox"/> EAD COBERTURA DE SALUD DE MEDICAID PARA PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS, PERSONAS CIEGAS O DISCAPACITADAS Y ADULTOS TRABAJADORES CON DISCAPACIDADES/PLAN SHERLOCK (EAD)

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido Sufijo		Dirección de correo electrónico		Número de teléfono () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral	
Dirección particular			Número de apartamento/unidad:		Ciudad/Pueblo
Estado	Código postal	Número telefónico alternativo: () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral		¿Está sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
Mejor momento para contactarlo: <input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> mediodía <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> en cualquier momento					

Si su dirección de correo postal es diferente, escríbala a continuación. De lo contrario, deje el espacio en blanco.

Calle o casilla postal	Ciudad	Estado	Código postal
------------------------	--------	--------	---------------

SOLO PARA QUIENES SOLICITAN EL SNAP: Responda las siguientes preguntas para comprobar si puede obtener los beneficios del SNAP más rápido (en un plazo de 7 días). Puede calificar para el servicio acelerado en los siguientes casos: si sus ingresos, dinero en efectivo y dinero en cuentas bancarias asciende a un total menor que sus gastos de vivienda mensuales; o si sus ingresos mensuales no superan los \$150 y su dinero en el banco y recursos líquidos son inferiores a \$100; o bien si usted es un trabajador agrícola migrante o estacional.

¿Cuánto dinero en efectivo o en el banco tienen los miembros de su grupo familiar? \$ _____

¿Cuál es el monto total de los ingresos provenientes de cualquier fuente (incluidos los ingresos no salariales como manutención de menores, SSI, TDI, beneficios por desempleo o SSDI, RSDI, etc.) que supuestamente recibirá el grupo familiar este mes? \$ _____

¿Cuánto paga en este momento en concepto de alquiler/hipoteca por mes? \$ _____ ¿Servicios públicos? \$ _____

¿Paga por la calefacción o refrigeración de su vivienda? Sí No

¿Alguno de los miembros de su grupo familiar es un trabajador agrícola migrante o estacional? Sí No

Bajo pena de perjurio, confirmo que toda la información incluida en la presente solicitud es verdadera. Comprendo que estaré infringiendo la ley si la información que proporciono es errónea, y que podría ser castigado conforme a la ley federal, la ley estatal o ambas.

Firma del/de la solicitante o beneficiario(a)	Fecha	Firma del representante autorizado	Fecha
---	-------	------------------------------------	-------

****Puede cortar esta hoja y enviar ÚNICAMENTE la parte de adelante y de atrás de esta página, junto con su nombre, dirección y firma. De este modo, podremos colocar un sello con la fecha e iniciar la solicitud. Para determinar la elegibilidad continua de beneficios, debe firmar y completar las demás secciones de esta solicitud. Puede llevarla personalmente a la oficina del DHS, o bien enviarla por correo postal o fax.**

Si desea que alguien presente la solicitud en su nombre, autorizar a alguien a usar sus beneficios y/o recibir notificaciones importantes o facturas del seguro de salud, responda las siguientes preguntas. La selección de un representante autorizado es opcional. Usted y su representante autorizado tendrán acceso a su cuenta electrónica. Si desea seleccionar un representante autorizado, marque "Sí" a continuación y escriba la información correspondiente. El representante autorizado debe tener al menos 18 años y puede ser un amigo, pariente o quien usted

¿Desea que esta persona... solicite beneficios en su nombre? use sus beneficios? (Beneficios de asistencia financiera del SNAP y RIW únicamente)
 reciba notificaciones?

Nombre del representante autorizado		Dirección de correo postal	
Número telefónico primario (<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro)		Número telefónico secundario (<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro)	
Dirección de correo electrónico			
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal			
Horario de contacto preferido <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> En cualquier momento			
Idioma de preferencia oral <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués		Idioma de preferencia escrito <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués	
Nombre e identificación de la compañía/organización (si corresponde)			

COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: A continuación, mencione los miembros de su grupo familiar.

- **Solicitantes del SNAP:** escriba su nombre y el de todas las personas que viven en su hogar actualmente, incluso si no necesitan asistencia.
- **Solicitantes de cobertura de salud/ACC:** inclúyase usted mismo, incluya a los demás miembros de la familia y a todas las personas contempladas en su declaración de impuestos federales, en caso de que la presente. Incluya a su pareja doméstica (novio o novia) únicamente si viven juntos Y tienen un hijo en común. No incluya a su compañero de alojamiento. Puede completar la solicitud por otras personas de su familia, incluso si usted no necesita cobertura o no reúne los requisitos para obtenerla.

Los miembros del grupo familiar que opten por no solicitar beneficios no están obligados a responder las preguntas sobre los números de Seguro Social o ciudadanía.

Nombre (Nombre, apellido, inicial del segundo nombre, sufijo)	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Género M: Masculino F: Femenino	Número de Seguro Social (Solo si se solicitan beneficios)	¿El nombre de esta persona es diferente en su tarjeta de Seguro Social? De ser este el caso, escriba a continuación el nombre que figura en la tarjeta.	¿Es ciudadano estadounidense? (Solo si se solicitan beneficios)
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su grupo familiar tiene más miembros, enumérelos en la página 25, marcada con la leyenda "Para uso exclusivo del beneficiario/solicitante".

Si solicita beneficios del SNAP, ¿cómo desea que se realice la entrevista? Por teléfono (O) Personalmente en la oficina
(Nota: Se requiere una entrevista personal en el caso de asistencia financiera del programa RIW. La entrevista del SNAP y de RIW pueden realizarse juntas).
N.º de teléfono: Día _____ Noche: _____

Es posible que debamos comunicarnos con usted para informarle sobre el estado de la solicitud y/o pedirle más información. ¿Qué método de contacto prefiere? Correo electrónico Correo postal

Nota: Si solicita el SNAP y selecciona "correo electrónico", continuará recibiendo las notificaciones por correo en este momento.

Vivo en (marque una opción):

<input type="checkbox"/> una vivienda para personas mayores/discapacitadas	<input type="checkbox"/> Sin hogar: un vestíbulo, la calle, un automóvil	<input type="checkbox"/> mi propia casa/caravana	<input type="checkbox"/> un refugio/centro de reinserción	<input type="checkbox"/> una casa/un apartamento/una caravana alquilada
<input type="checkbox"/> en la casa/el apartamento de otra persona	<input type="checkbox"/> un centro de rehabilitación de drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> un centro de cuidado residencial/vivienda supervisada	<input type="checkbox"/> un centro de enfermería	<input type="checkbox"/> sin dirección permanente
<input type="checkbox"/> Otro (describa):				

¿Alguno de los miembros de su grupo familiar solicita cobertura dental? Sí No Si la respuesta es sí, escriba los nombres a continuación:

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____

1 **RIW** **SNAP** **CCAP** **GPA** **SSP** **ACC** **LTSS** **EAD** **MPP** **KB**

Complete a continuación algunos datos adicionales sobre cada miembro del grupo familiar.

**** Información sobre raza/origen étnico:** Le solicitamos esta información a fin de poder garantizar que todas las personas obtengan los beneficios que necesitan y que no se discrimine a nadie. No es obligatorio proporcionar esta información. Si decide no hacerlo, su elegibilidad para obtener los beneficios no se verá afectada. Puede seleccionar más de una categoría en "raza".

Nombre	Relación con el solicitante principal	¿Vive con el solicitante principal? Sí o No Si la respuesta es no, escriba la dirección.	Origen étnico Escriba un número (consulte a continuación)	Raza Escriba un número (consulte a continuación)	Estado civil	¿Solicita beneficios?
	Titular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Origen étnico: 1. Hispano 2. No hispano 3. Mexicano 4. Puertorriqueño 5. Cubano 6. Otro hispano
 Raza: 1. Blanco 2. Negro o afroamericano 3. Indio americano o nativo de Alaska 4. Asiático 5. Indo asiático 6. Chino 7. Filipino 8. Japonés 9. Coreano 10. Vietnamita 11. Otro asiático 12. Guameño 13. Chamorro 14. Samoano 15. Nativo hawaiano 16. Otra isla del Pacífico 17. Otro

2 **RIW** **SNAP** **CCAP** **GPA** **SSP** **ACC** **LTSS** **EAD** **MPP** **KB**

En este momento, ¿el solicitante recibe beneficios/asistencia en otro estado? Sí NO

Sí la respuesta es Sí: ¿Quién? _____ ¿En qué estado? _____

3 **SNAP**

Anteriormente, ¿algún solicitante pidió algún tipo de pagos de asistencia, beneficios o beneficios del Programa de Cupones para Alimentos o del SNAP o recibió alguno, en Rhode Island o en otro estado? Sí NO

Sí la respuesta es Sí: ¿Quién? _____ ¿En qué estado? _____
 ¿Con qué nombre? _____ ¿Cuándo? _____
 ¿Qué tipo de beneficios recibió? _____

4

RIW

SNAP

El Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) utiliza un sistema telefónico automático para hacer "llamadas de recordatorio de citas" y recordarle que tiene programada una llamada telefónica o una cita para una entrevista en la oficina. Los recordatorios telefónicos son para las citas de certificación y recertificación de beneficios del SNAP y Empleos en Rhode Island. Dos días antes de la cita programada, recibirá una llamada automática al número que indique en esta solicitud, a menos que desee rechazar el servicio a continuación.

Marque aquí si **no** desea recibir información sobre los próximos pasos del proceso de solicitud a través de un sistema telefónico automatizado:

5

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Se encuentra algún solicitante en prisión (detenido o encarcelado)? Sí NO

Si la respuesta es Sí, ¿Quién? _____ ¿Dónde? _____
Fecha de encarcelamiento: _____ Fecha de liberación _____

6

ACC

¿Alguno de los solicitantes estaba al cuidado y bajo la custodia del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de Rhode Island al cumplir 18 años? Sí NO

Si la respuesta es Sí, ¿Quién? _____

7

RIW

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Alguna de las solicitantes está embarazada? Sí No

Si la respuesta es sí, complete las casillas a continuación para cada embarazada.

Apellido Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha probable de parto	Cantidad de bebés en gestación

8

RIW

SNAP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Alguno de los solicitantes es un veterano con baja honrosa o un militar en servicio activo? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿Quién? _____

9

RIW

SNAP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Es alguno de los solicitantes un militar veterano, dependiente de un veterano o sobreviviente de un veterano? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____ Marque una opción: veterano hijo cónyuge

10

ACC

¿Es alguno de los solicitantes un indio americano o nativo de Alaska? Sí NO

Si la respuesta es sí, usted puede reunir los requisitos de elegibilidad para recibir las protecciones de asistencia médica de Rhode Island y beneficios especiales. Complete la siguiente información.

¿Es alguno de los solicitantes miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
Nombre de la tribu: _____ Estado originario de la tribu: _____

¿Esta persona alguna vez ha recibido servicios del Servicio de Salud Indígena, del Programa de Tribus o del Programa de Salud Indígena Urbano? Sí No

¿Reúne esta persona los requisitos de elegibilidad para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, del Programa de Tribus o del Programa de Salud Indígena Urbano a través de una referencia de uno de estos programas? Sí No

11

SNAP

Si solicita el SNAP, deberá seleccionar un jefe del grupo familiar. En general, el jefe del grupo familiar es el padre adulto de los niños que viven en el hogar o una persona que trabaja y proporciona asistencia financiera al grupo. Si no hay un padre o adulto que trabaja, puede seleccionar a cualquier adulto como jefe del grupo familiar. Elija un jefe del grupo familiar a continuación.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre

12

SNAP

¿Hay alguien que vive con usted que compre y prepare la comida por separado? SÍ NO

Si la respuesta es sí, indique el nombre de quienes compran y preparan la comida por separado.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre

13

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar *no* es ciudadano estadounidense? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete las casillas a continuación para cada individuo que solicita beneficios y no es ciudadano estadounidense.

Si solicita beneficios de cuidado infantil o del programa Katie Beckett, responda esta pregunta solo para el menor en cuestión.

**Si usted no es ciudadano de EE. UU. y solicita beneficios, la información que proporcione a continuación estará sujeta a verificación por parte de los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (*United States Citizenship and Immigration Services, USCIS*, anteriormente, *INS*) a través de la presentación de la información de esta solicitud ante dicho organismo. La información que se reciba de USCIS puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar. Los miembros del grupo familiar que opten por no solicitar beneficios no están obligados a proporcionar información sobre ciudadanía/inmigración. Los miembros del grupo familiar que solicitan beneficios deben proporcionar información sobre ciudadanía/inmigración. La cantidad de beneficios dependerá de la cantidad de personas que los solicitan, pero los miembros del grupo familiar que reúnen los requisitos y se inscriben para recibir beneficios podrán obtenerlos, incluso si alguno de ellos no los solicitan. Los miembros del grupo familiar que no solicitan beneficios deberán proporcionar información financiera si esta se requiere para determinar la elegibilidad y el monto de los beneficios de las personas que los solicitan.

*Condición de no ciudadano: 1. Residente permanente legal (LPR/tarjeta verde) 2. Asilado 3. Refugiado 4. Participante cubano/haitiano 5. En libertad condicional en EE. UU. 6. Participante condicional 7. Cónyuge/hijo/padre golpeado 8. Víctima de trata de personas 9. Con retención de deportación o traslado 10. Visa de trabajo 11. Visa de estudiante 12. Protección temporal 13. Residente temporal legal 14. Otro (describir)

Persona 1

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	*Condición de no ciudadano (escriba un número de arriba):
Proporcione información sobre su documentación a continuación:			
N.º de registro de extranjero _____		N.º de certificado de naturalización _____	
Tarjeta de residente permanente (tarjeta verde, I-551):		Permiso de trabajo (I-766):	
N.º de registro de extranjero _____		N.º de registro de extranjero _____	
N.º de tarjeta _____		Registro de llegada/partida (I-94, I-94A) emitido por los USCIS:	
Visa para inmigrantes legible por máquina (con idioma I-551 temporal)		Número SEVIS _____	
N.º de visa _____ País emisor _____		N.º del sistema de información del estudiante y visitante de intercambio	
N.º de registro de extranjero _____		(SEVIS): _____	
Documento de viaje para refugiados (I-571) _____		Certificado de elegibilidad para personas con estado de estudiantes no inmigrantes (F-1)	
N.º de pasaporte extranjero _____		(I-20): N.º de SEVIS _____	
N.º de permiso de reingreso (I-327): _____		País emisor: _____	

Certificado de elegibilidad para estado de visitante por intercambio (J-1) (DS2019)		Sello I-551 temporal (en el pasaporte o I-94, I-94A)	
N.° de SEVIS _____		País emisor: _____	
País emisor _____		N.° de registro de extranjero: _____	
Otros documentos o tipos de estado:			
Descripción del documento _____		N.° de registro de extranjero _____	N.° de SEVIS _____
Si su nombre es otro en el documento de inmigración, indique el nombre que figura en el documento: _____			
Fecha de vencimiento del documento: ____/____/____		Fecha de ingreso en EE. UU.: ____/____/____	
País de origen: _____		¿Vivió en EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si este individuo solicitó o recibió un estado de residencia permanente, infórmenos la fecha del estado de USCIS/INS/fecha de residencia permanente: ____/____/____			
¿Este individuo está apadrinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de apadrinamiento? <input type="checkbox"/> Individual	
<input type="checkbox"/> Agencia/Organización			
¿La persona que apadrina es miembro del grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, nombre del miembro del grupo familiar: _____	
Si quien apadrina es una persona/organización que no pertenece al grupo familiar, proporcione la siguiente información:			
Nombre de la organización: _____		Nombre del padrino: _____	
Dirección: _____		Número de teléfono principal: _____	
Número de teléfono secundario: _____		Correo electrónico: _____	

Persona 2

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	*Condición de no ciudadano (escriba un número de arriba):
Proporcione información sobre su documentación a continuación:			
N.° de registro de extranjero _____		N.° de certificado de naturalización _____	
Tarjeta de residente permanente (tarjeta verde, I-551):		Permiso de trabajo (I-766):	
N.° de registro de extranjero _____		N.° de registro de extranjero _____	
N.° de tarjeta _____		Registro de llegada/partida (I-94, I-94A) emitido por los USCIS:	
Visa para inmigrantes legible por máquina (con idioma I-551 temporal)		Número SEVIS _____	
N.° de visa _____ País emisor _____		N.° del sistema de información del estudiante y visitante de intercambio (SEVIS):	
N.° de registro de extranjero _____		_____	
Documento de viaje para refugiados (I-571) _____		Certificado de elegibilidad para personas con estado de estudiantes no inmigrantes (F-1)	
N.° de pasaporte extranjero _____		(I-20): N.° de SEVIS _____	
N.° de permiso de reingreso (I-327): _____		País emisor: _____	
Certificado de elegibilidad para estado de visitante por intercambio (J-1) (DS2019)		Sello I-551 temporal (en el pasaporte o I-94, I-94A)	
N.° de SEVIS _____		País emisor: _____	
País emisor _____		N.° de registro de extranjero: _____	
Otros documentos o tipos de estado:			
Descripción del documento _____		N.° de registro de extranjero _____	N.° de SEVIS _____
Si su nombre es otro en el documento de inmigración, indique el nombre que figura en el documento: _____			
Fecha de vencimiento del documento: ____/____/____		Fecha de ingreso en EE. UU.: ____/____/____	
País de origen: _____		¿Vivió en EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si este individuo solicitó o recibió un estado de residencia permanente, infórmenos la fecha del estado de USCIS/INS/fecha de residencia permanente: ____/____/____			
¿Este individuo está apadrinado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de apadrinamiento? <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Agencia/Organización	
¿La persona que apadrina es miembro del grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, nombre del miembro del grupo familiar: _____	
Si quien apadrina es una persona/organización que no pertenece al grupo familiar, proporcione la siguiente información:			
Nombre de la organización: _____		Nombre del padrino: _____	
Dirección: _____		Número de teléfono principal: _____	
Número de teléfono secundario: _____		Correo electrónico: _____	

¿Usted o algún miembro del grupo familiar tiene una discapacidad o enfermedad mental o física, o es ciego? Sí No

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada persona.

Persona 1:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Problema médico (describa)	¿Causado por un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona solicitó beneficios del SSI o del Seguro Social (SSDI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique la fecha de solicitud: ____/____/____				
¿La Administración del Seguro Social ya tomó una decisión oficial con respecto a la ceguera o discapacidad de esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Esta persona recibe servicios de la Oficina de Servicios de Rehabilitación o de Servicios para Ciegos de Rhode Island? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si esta persona es un padre que no trabaja, ¿su discapacidad le impide cuidar a sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Esta discapacidad impedirá que esta persona trabaje al menos durante 12 meses o puede causarle la muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Necesita esta persona ayuda para realizar las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, levantarse, hacer las tareas domésticas, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Persona 2:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Problema médico (describa)	¿Causado por un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona solicitó beneficios del SSI o del Seguro Social (SSDI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique la fecha de solicitud: ____/____/____				
¿La Administración del Seguro Social ya tomó una decisión oficial con respecto a la ceguera o discapacidad de esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Esta persona posee un estado activo en la Oficina de Servicios de Rehabilitación o de Servicios para Ciegos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si esta persona es un padre que no trabaja, ¿su discapacidad le impide cuidar a sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Esta discapacidad impedirá que esta persona trabaje al menos durante 12 meses o puede causarle la muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Necesita esta persona ayuda para realizar las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, levantarse, hacer las tareas domésticas, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

¿Usted o alguna persona en el grupo familiar esperan recibir ingresos derivados de un empleo este mes? Sí No

Nota: Si usted es trabajador independiente, deberá proporcionar esa información en la próxima pregunta.

EJEMPLOS: Salarios/sueldos, comisiones, guardia nacional, reserva militar, trabajo-estudio, capacitación laboral, taller protegido, militar de EE. UU., servicio de jurado, ingresos obtenidos en el extranjero

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada persona que trabaja y para cada empleo.

Persona 1/Empleo 1:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del empleador, dirección y/o número de identificación del empleador, si se conoce		
Fecha de inicio del empleo		Tipo de empleo		Día de semana pagado	
Frecuencia con la que se reciben los pagos: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otra _____					
Cantidad promedio de horas trabajadas por semana _____					
Indique a continuación el monto bruto recibido en cada día de pago durante los últimos 30 días.					
Día de pago	Fecha de pago	Fecha de finalización del período de pago	Horas trabajadas por período de pago	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/Comisiones
1º	____/____/____	____/____/____		\$	\$
2º	____/____/____	____/____/____		\$	\$
3º	____/____/____	____/____/____		\$	\$
4º	____/____/____	____/____/____		\$	\$
¿Recibió crédito fiscal por ingresos del trabajo en su cheque de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Es este empleo parte de un programa de estudio y trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Es este empleo parte de un programa de capacitación en el lugar de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Los ingresos se recibirán el próximo mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indique la cantidad de horas que espera trabajar y el monto que espera recibir el próximo mes: Cantidad de horas: _____ Ganancias brutas previstas:\$ _____ Propinas/comisiones: \$ _____	
¿Tiene esta persona gastos relacionados con el trabajo exigidos por el empleador o debido a su ceguera o discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, indique el tipo de gasto: _____ Monto del gasto: \$ _____
¿Recibió esta persona una indemnización por desempleo durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, especifique la fecha: Desde _____ hasta _____
¿Esta persona rechazó alguna oferta de empleo o programa de capacitación en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si los ingresos de esta persona no son iguales de un mes a otro, ¿cuánto dinero cree usted que ganará esta persona el próximo año? \$ _____	

Persona 2/Empleo 2:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del empleador, dirección y/o número de identificación del empleador, si se conoce
Fecha de inicio del empleo			Tipo de empleo
Frecuencia con la que se reciben los pagos: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otra _____			Día de semana pagado
Cantidad promedio de horas trabajadas por semana _____			

Indique a continuación el monto bruto recibido en cada día de pago durante los últimos 30 días.

Día de pago	Fecha de pago	Fecha de finalización del período de pago	Horas trabajadas por período de pago	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/Comisiones
1º	_/_/	_/_/		\$	\$
2º	_/_/	_/_/		\$	\$
3º	_/_/	_/_/		\$	\$
4º	_/_/	_/_/		\$	\$

¿Recibió crédito fiscal por ingresos del trabajo en su cheque de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este empleo parte de un programa de estudio y trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es este empleo parte de un programa de capacitación en el lugar de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Los ingresos se recibirán el próximo mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Indique la cantidad de horas que espera trabajar y el monto que espera recibir el próximo mes: Cantidad de horas: _____ Ganancias brutas previstas:\$ _____ Propinas/comisiones: \$ _____	
¿Tiene esta persona gastos relacionados con el trabajo exigidos por el empleador o debido a su ceguera o discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, indique el tipo de gasto: _____ Monto del gasto: \$ _____
¿Recibió esta persona una indemnización por desempleo durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, especifique la fecha: Desde _____ hasta _____
¿Esta persona rechazó alguna oferta de empleo o programa de capacitación en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si los ingresos de esta persona no son iguales de un mes a otro, ¿cuánto dinero cree usted que ganará esta persona el próximo año? \$ _____	

Persona 3/Empleo 3:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del empleador, dirección y/o número de identificación del empleador, si se conoce
Fecha de inicio del empleo			Tipo de empleo
Frecuencia con la que se reciben los pagos: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otra _____			Día de semana pagado
Cantidad promedio de horas trabajadas por semana _____			

Indique a continuación el monto bruto recibido en cada día de pago durante los últimos 30 días.

Día de pago	Fecha de pago	Fecha de finalización del período de pago	Horas trabajadas por período de pago	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/Comisiones
1º	_/_/	_/_/		\$	\$
2º	_/_/	_/_/		\$	\$
3º	_/_/	_/_/		\$	\$
4º	_/_/	_/_/		\$	\$

¿Recibió crédito fiscal por ingresos del trabajo en su cheque de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este empleo parte de un programa de estudio y trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es este empleo parte de un programa de capacitación en el lugar de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Los ingresos se recibirán el próximo mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indique la cantidad de horas que espera trabajar y el monto que espera recibir el próximo mes: Cantidad de horas: _____ Ganancias brutas previstas: \$ _____ Propinas/comisiones: \$ _____	
¿Tiene esta persona gastos relacionados con el trabajo exigidos por el empleador o debido a su ceguera o discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, indique el tipo de gasto: _____ Monto del gasto: \$ _____
¿Recibió esta persona una indemnización por desempleo durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, especifique la fecha: Desde _____ hasta _____ ¿Esta persona rechazó alguna oferta de empleo o programa de capacitación en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si los ingresos de esta persona no son iguales de un mes a otro, ¿cuánto dinero cree usted que ganará esta persona el próximo año? \$ _____	

16 **RIW** **SNAP** **CCAP** **GPA** **SSP** **ACC** **LTSS** **EAD** **MPP** **KB**

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar reciben ingresos derivados de un empleo independiente? Sí No

EJEMPLOS: Empresa en el hogar, ventas en línea (p. ej., EBay, Craigslist), agricultura, pesca, cuidado de niños, ventas puerta a puerta, ventas en el hogar, limpieza de viviendas

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas con la información de cada persona. Adjunte documentación en la que consten los gastos.

Persona 1/Empleo 1:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Ingresos brutos/Frecuencia \$ _____ por _____	Cantidad promedio de horas trabajadas por semana
Tipo de negocio		Nombre del negocio		¿Los ingresos se recibirán durante los próximos meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Total de gastos mensuales relacionados con el negocio: \$ _____		¿Qué monto de ingresos netos (los ingresos menos los gastos) recibirá gracias a su actividad independiente este mes? \$ _____ Marque una opción: <input type="checkbox"/> Ganancia <input type="checkbox"/> Pérdida		
Si cuida niños en el hogar, indique la cantidad de niños correspondiente:			Cantidad de semanas trabajadas:	

Persona 2/Empleo 2:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Ingresos brutos/Frecuencia \$ _____ por _____	Cantidad promedio de horas trabajadas por semana
Tipo de negocio		Nombre del negocio		¿Los ingresos se recibirán durante los próximos meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Total de gastos mensuales relacionados con el negocio: \$ _____		¿Qué monto de ingresos netos (los ingresos menos los gastos) recibirá gracias a su actividad independiente este mes? \$ _____ Marque una opción: <input type="checkbox"/> Ganancia <input type="checkbox"/> Pérdida		
Si cuida niños en el hogar, indique la cantidad de niños correspondiente:			Cantidad de semanas trabajadas:	

17 **RIW** **SNAP** **CCAP** **GPA** **SSP** **ACC** **LTSS** **EAD** **MPP** **KB**

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar reciben o prevén recibir ingresos que no derivan de un empleo o una actividad independiente, como los que se mencionan a continuación? (Esto incluye dinero que le proporcionó un amigo o un familiar.) Sí No

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada persona.

Si solicita los beneficios del programa **ACC** únicamente, no informe los beneficios del Seguro de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios para veteranos por discapacidad, manutención de menores, obsequios, ingresos derivados de préstamos (como préstamos para estudiantes, hipotecarios o bancarios) o becas de estudio. Proporcione más información sobre sus pagos de dividendos, pagos de intereses, ganancias o pérdidas de capital, o ingresos derivados de sociedades

o corporaciones no incluidos en sus ingresos por trabajo independiente.

Para **todos los demás programas**, indique la porción de los préstamos para estudiantes, becas, premios o subvenciones que se utilizan para los gastos cotidianos.

EJEMPLOS:

Subsidio por adopción	401(k)	Retiro ferroviario	Indemnización por desempleo
Decisión de un tribunal	Obsequios, premios, herencia, lotería	Regalías	Asistencia con dinero en efectivo
Apadrinamiento de extranjeros	Alojamiento en especie	Pensiones por jubilación	Asistencia y ayuda para veteranos
Pensión alimenticia	Reintegro de impuesto sobre las ganancias	Seguro Social (RSDI)	Compensación para veteranos
Anualidades	Otros ingresos en especie	Pago de boletas de servicios públicos según la sección 8	Beneficios básicos para veteranos
Plusvalías/inversiones Ingresos	Ganancias por juego Ingresos por regalías	Ingresos por intereses	Ingresos de corporaciones/sociedades
Manutención de menores	Seguro y demanda	SSI, SSDI	Pensión mejorada para veteranos
Dividendos, intereses	Subsidios de huelga	Compensación laboral	Distribución de IRA
Reintegro de crédito fiscal por ingreso salarial	Asignación militar	TDI	Pagaré
Hogar de cuidado de acogida	Asistencia fuera del estado	Fondos fiduciarios	Ingresos de estudiante (préstamos, subvenciones, becas)

Persona 1:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Monto/Frecuencia	Fecha de recepción de los ingresos
			\$ _____ por _____	____ / ____ / ____
Número de reclamo (si corresponde)	Tipo de ingreso		¿Los ingresos se recibirán durante los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Tiene algún gasto retenido del ingreso o relacionado con este? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, describa los gastos:		Monto del gasto: _____	

Persona 2:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Monto/Frecuencia	Fecha de recepción de los ingresos
			\$ _____ por _____	____ / ____ / ____
Número de reclamo (si corresponde)	Tipo de ingreso		¿Los ingresos se recibirán durante los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Tiene algún gasto retenido del ingreso o relacionado con este? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, describa los gastos:		Monto del gasto: _____	

Persona 3:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Monto/Frecuencia	Fecha de recepción de los ingresos
			\$ _____ por _____	____ / ____ / ____
Número de reclamo (si corresponde)	Tipo de ingreso		¿Los ingresos se recibirán durante los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Tiene algún gasto retenido del ingreso o relacionado con este? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, describa los gastos:		Monto del gasto: _____	

Persona 4:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Monto/Frecuencia	Fecha de recepción de los ingresos
			\$ _____ por _____	____ / ____ / ____
Número de reclamo (si corresponde)	Tipo de ingreso		¿Los ingresos se recibirán durante los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Tiene algún gasto retenido del ingreso o relacionado con este? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, describa los gastos:	Monto del gasto: _____
--	---	---------------------------

Si algún miembro del grupo familiar prevé recibir ingresos durante los próximos 12 meses, complete la casilla para esa persona.				
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de ingreso previsto	Fecha en la que se prevé recibir el ingreso
				____/____/____

18

ACC

Informe las deducciones de impuestos permitidas adicionales sobre las que no haya informado anteriormente en esta solicitud.

El propósito de una reducción impositiva es disminuir sus ingresos gravables. Si paga alguno de los gastos que se enumeran a continuación, significa que sus ingresos son menores, lo cual podría reducir el costo de su seguro de salud. Si ya ha informado gastos en las preguntas 15 a 17, no es necesario que vuelva a hacerlo aquí.

Ejemplos de deducciones permitidas:

Contribuciones a una cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA)

Planes de jubilación independiente y seguro de salud independiente

Multas pagadas por retiros anticipados de cajas de ahorro

Costos de mudanza relacionados con un cambio de empleo

Intereses de préstamos para estudiante pagados

Gastos de educador

Gastos de matrícula y cuotas

Deducciones IRA/401K

Actividades de producción interna

Gastos comerciales de artistas, reservistas y funcionarios gubernamentales que cobran honorarios

<input type="checkbox"/> Pago de pensión alimenticia ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Intereses de préstamo de estudiante ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Gastos de matrícula y cuotas ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

19

ACC

Complete las siguientes casillas para cada miembro del grupo familiar, incluso si el contribuyente o el dependiente que figura en la declaración de impuestos no vive en su hogar.

Nombre	¿Esta persona tiene la intención de presentar una declaración de impuestos federales el próximo año?	¿Hará esta persona la presentación junto con su cónyuge/pareja? (Si se trata de un matrimonio, debe presentarse la declaración en conjunto a fin de calificar para un crédito fiscal).	¿Tiene esta persona algún dependiente en su declaración de impuestos? (Solo un contribuyente puede presentar un dependiente. En el caso de los contribuyentes conjuntos, es necesario indicar los dependientes del contribuyente que firmará el formulario fiscal).	¿Está esta persona incluida como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	¿Qué relación tiene esta persona con el contribuyente?
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre del cónyuge/pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre de los dependientes que figuran en la declaración de impuestos:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre del contribuyente:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre del cónyuge/pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre de los dependientes que figuran en la declaración de impuestos:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre del contribuyente:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre del cónyuge/pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre de los dependientes que figuran en la declaración de impuestos:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre del contribuyente:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre del cónyuge/pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre de los dependientes que figuran en la declaración de impuestos:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el nombre del contribuyente:	

20

ACC

LTSS

EAD

MPP

¿Algún miembro del grupo familiar está inscrito en una cobertura de salud o *tiene acceso a* esta en la actualidad? SÍ NO
 Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada persona/tipo de seguro.

*Ejemplos de tipos de seguros: Tricare, seguro de salud para veteranos, Cuerpos de Paz, Medicare, seguro del empleador, seguro privado, COBRA, seguro dental, plan de jubilación, otro.

Nombre	Nombre de la compañía de seguros	N.º de póliza de seguro o n.º de reclamo de Medicare	*Tipo de seguro (<i>consulte los ejemplos arriba</i>)	¿Inscrito actualmente?
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿piensa inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿piensa inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿piensa inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿piensa inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿piensa inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿piensa inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____

Complete la siguiente información si hay algún cambio futuro en alguno de los seguros del empleador enumerados anteriormente.

Nombre de la persona que tiene cobertura del empleador: _____
 El empleador prevé suspender el plan el (MM/DD/YYYY): _____ Reunirá los requisitos el (MM/DD/YYYY): _____

Nombre de la persona que tiene cobertura del empleador: _____
 El empleador prevé suspender el plan el (MM/DD/YYYY): _____ Reunirá los requisitos el (MM/DD/YYYY): _____

Complete la siguiente información para todos los familiares que soliciten cobertura de salud.

Nombre: _____ Última vez que estuvo cubierto por un seguro de salud: Durante el último año: ____/____/____
 1 a 3 años atrás
 Más de 3 años atrás Nunca Otra/sin seguro

Nombre: _____ Última vez que estuvo cubierto por un seguro de salud: Durante el último año: ____/____/____
 1 a 3 años atrás
 Más de 3 años atrás Nunca Otra/sin seguro

21

RIW

SNAP

CCAP

ACC

A continuación, complete las casillas sobre los antecedentes educativos de cada miembro del grupo familiar.

Persona 1:

Nombre	Nivel de estudios más alto que completó	Fecha de graduación de la escuela secundaria (si se graduó): ____/____/____	¿Obtuvo el diploma de educación general (GED)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si asiste a la escuela, indique el nombre de la escuela:		Asiste: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Escuela de formación profesional <input type="checkbox"/> Otra			Fecha de graduación prevista: ____/____/____	
¿Participa actualmente en un programa de trabajo-estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Participa en un programa de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, indique el nombre del programa de capacitación:				

Persona 2:

Nombre	Nivel de estudios más alto que completó	Fecha de graduación de la escuela secundaria (si se graduó): ____/____/____	¿Obtuvo el diploma de educación general (GED)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si asiste a la escuela, indique el nombre de la escuela:		Asiste: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Escuela de formación profesional <input type="checkbox"/> Otra			Fecha de graduación prevista: ____/____/____	
¿Participa actualmente en un programa de trabajo-estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Participa en un programa de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, indique el nombre del programa de capacitación:				

Persona 3:

Nombre	Nivel de estudios más alto que completó	Fecha de graduación de la escuela secundaria (si se graduó): ____/____/____	¿Obtuvo el diploma de educación general (GED)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si asiste a la escuela, indique el nombre de la escuela:		Asiste: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Escuela de formación profesional <input type="checkbox"/> Otra			Fecha de graduación prevista: ____/____/____	
¿Participa actualmente en un programa de trabajo-estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Participa en un programa de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, indique el nombre del programa de capacitación:				

Persona 4:

Nombre	Nivel de estudios más alto que completó	Fecha de graduación de la escuela secundaria (si se graduó): ____/____/____	¿Obtuvo el diploma de educación general (GED)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si asiste a la escuela, indique el nombre de la escuela:		Asiste: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo		
Tipo: <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Escuela de formación profesional <input type="checkbox"/> Otra			Fecha de graduación prevista: ____/____/____	
¿Participa actualmente en un programa de trabajo-estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Participa en un programa de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, indique el nombre del programa de capacitación:				

22

RIW

SNAP

LTSS

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar viven en condiciones de alojamiento grupal como las que se indican a continuación? Sí No

Refugio para los sin hogar

Centro de tratamiento para la drogadicción

Hospital

Hogar comunitario

Centro de tratamiento del alcoholismo

Refugio para personas que sufren violencia en el hogar

Vivienda supervisada

Dormitorio

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas.

DHS-2 Rev. 07-16

Página de la solicitud 13 de 31

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del centro	Tipo de centro	Cantidad de comidas provistas por día

23

SNAP

¿Usted o algún miembro del grupo familiar se están escondiendo o son fugitivos de la ley para evitar acciones judiciales, ser detenidos o ser enviados a prisión debido a un delito o un intento de delito que se considere un delito grave, o bien debido a la violación de un estado de libertad condicional o libertad vigilada? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada miembro del grupo familiar.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de detección	Estado

24

CCAP

Si solicita asistencia para cuidado infantil, indíquenos los horarios en los que necesita tales servicios. Complete la siguiente tabla con el motivo por el cual necesita cuidado infantil e ingrese el tiempo diario correspondiente.

Persona 1:

Nombre del padre o la madre:		Nombre del hijo/a:	
Día	Motivo por el que necesita cuidado infantil (<i>marque las casillas que correspondan</i>)	Hora de inicio	Hora de finalización
Lunes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Martes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Miércoles	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Jueves	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Viernes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Sábado	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Domingo	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Si los horarios varían, explique según corresponda (puede enviar documentación adicional para verificar).			

Persona 2:

Nombre del padre o la madre:		Nombre del hijo/a:	
Día	Motivo por el que necesita cuidado infantil (<i>marque las casillas que correspondan</i>)	Hora de inicio	Hora de finalización
Lunes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Martes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Miércoles	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Jueves	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Viernes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Sábado	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		
Domingo	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debidas a un problema de salud		

Si los horarios varían, explique según corresponda (puede enviar documentación adicional para verificar).

25

RIW

SNAP

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar pagan alojamiento y/o comida? Sí NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para el miembro del grupo familiar que paga alojamiento y/o comida.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Monto pagado/Frecuencia	¿Qué cubre el alojamiento/comida?
			\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> Solo alojamiento <input type="checkbox"/> Comida (1-2 comidas) <input type="checkbox"/> Comida (3 comidas)

¿Quién recibe el pago del alojamiento/comida?

26

RIW

CCAP

GPA

SSP

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Algún miembro del grupo familiar, incluido usted, tiene un pleito o una demanda judicial por enfermedad o lesión producidas por un accidente de tránsito o en el trabajo, o algún otro asunto por el que pueda recibir dinero? Sí NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada persona.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de reclamo (describa)	Fecha del incidente	¿Compensación laboral?
				____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona (o compañía) responsable/Dirección			Nombre de la compañía de seguros/Dirección		
Nombre del abogado			Dirección del abogado		Número de reclamo

27a

RIW

CCAP

ACC

¿Hay niños en el grupo familiar que tengan a alguno de sus padres (biológicos o adoptivos) viviendo en otro lugar o que haya fallecido? Sí NO

Si solicita beneficios del ACC, es opcional responder esta pregunta. Si la respuesta es sí, sé que se me solicitará que colabore con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores, encargada de cobrar la asistencia médica al padre que no tiene la custodia. Si considero que cooperar para cobrar la asistencia médica me provocará daños a mí o se los provocará a mis hijos, puedo informárselo a la agencia y es posible que no esté obligado a cooperar.

27b

RIW

CCAP

Si respondió que sí a la pregunta 27a y solicita los beneficios de RIW y/o CCAP, complete las siguientes casillas para cada padre que vive fuera del hogar (que no tenga la custodia) o que haya fallecido.

La ley estatal supone que un menor que nace mientras la pareja está casada o en el plazo de los 10 meses de una sentencia final de divorcio es hijo de ambos padres. Indique el nombre del cónyuge actual o anterior como padre sin custodia de los menores nacidos durante ese tiempo. Si en la sentencia de divorcio o en la orden del tribunal no se incluye al cónyuge actual o anterior como padre de los niños que se mencionan en la solicitud, deberá mencionar a los padres biológicos de los niños y proporcionar copias de la sentencia o la orden junto con esta solicitud.

Padre 1:

Apellido del padre sin la custodia/fallecido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Género	Número de Seguro Social del padre sin custodia/fallecido	Fecha de nacimiento
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____	____/____/____
Dirección del padre sin custodia			Número de teléfono del padre sin custodia		
Nombre del empleador		Dirección del empleador		¿Es el padre veterano y/o discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿El niño nació durante el matrimonio o en el plazo de los 300 días después de que este finalizara a causa de divorcio o fallecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Actualmente, ¿siguen casados los padres del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado civil del padre sin custodia <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconocido
Si la respuesta es sí, especifique la fecha de matrimonio ____/____/____	Si la respuesta es no, especifique la fecha de divorcio ____/____/____	
Padre sin custodia		
Raza:	Origen étnico:	Color de cabello:
	Estatura:	Peso:
	Ciudad de nacimiento:	Estado de nacimiento:

DHS-2 Rev. 07-16

Página de la solicitud 15 de 30

¿Alguna vez ha estado en la cárcel el padre sin custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, especifique la fecha de inicio del encarcelamiento: ____/____/____	Fecha de finalización del encarcelamiento: ____/____/____
¿Ha fallecido el padre del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, indique la fecha de defunción: ____/____/____	
Hijo(s) de este padre sin custodia que vive(n) en el hogar del solicitante. Apellido del menor Primer nombre Inicial del segundo nombre	Estado de nacimiento	¿La manutención de menores, la cobertura de salud o la paternidad se ordenaron a nivel legal? (Si la respuesta es sí, marque el tipo de cobertura e indique la fecha correspondiente).
1.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____
2.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____
3.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____
Solicitamos información sobre el padre sin custodia para poder obtener la manutención de menores correspondiente. Si teme que esta persona pueda dañarlo a usted o dañar a su hijo si nos ayuda en este proceso, es posible que no tenga que cooperar. Lo remitiremos a un defensor contra la violencia doméstica, quien puede hablar con usted sobre este tema y ayudarlo a que el proceso sea seguro. Marque esta casilla si teme que usted o su hijo puedan resultar perjudicados si usted colabora con el cobro de la manutención de menores: <input type="checkbox"/>		

Padre 2:

Apellido del padre sin la custodia/fallecido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social del padre sin custodia/fallecido ____/____/____	Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección del padre sin custodia			Número de teléfono del padre sin custodia		
Nombre del empleador	Dirección del empleador		¿Es el padre veterano y/o discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El niño nació durante el matrimonio o en el plazo de los 300 días después de que este finalizara a causa de divorcio o fallecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Actualmente, ¿siguen casados los padres del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado civil del padre sin custodia <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconocido			
Si la respuesta es sí, especifique la fecha de matrimonio	Si la respuesta es no, especifique la fecha de divorcio				
Padre sin custodia					
Raza:	Origen étnico:	Color de cabello:	Estatura:	Peso:	Ciudad de nacimiento:
					Estado de nacimiento:
¿Alguna vez ha estado en la cárcel el padre sin custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, especifique la fecha de inicio del encarcelamiento: ____/____/____	Fecha de finalización del encarcelamiento: ____/____/____			

¿Ha fallecido el padre del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si la respuesta es sí, indique la fecha de defunción: ____/____/____		
Hijo(s) de este padre sin custodia que vive(n) en el hogar del solicitante. Apellido del menor Primer nombre Inicial del segundo nombre			Estado de nacimiento	¿La manutención de menores, la cobertura de salud o la paternidad se ordenaron a nivel legal? (Si la respuesta es sí, marque el tipo de cobertura e indique la fecha correspondiente).	

1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____
2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____

Solicitamos información sobre el padre sin custodia para poder obtener la manutención de menores correspondiente. Si teme que esta persona pueda dañarlo a usted o dañar a su hijo si nos ayuda en este proceso, es posible que no tenga que cooperar. Lo remitiremos a un defensor contra la violencia doméstica, quien puede hablar con usted sobre este tema y ayudarlo a que el proceso sea seguro. **Marque esta casilla si teme que usted o su hijo puedan resultar perjudicados si usted colabora con el cobro de la manutención de menores:**

Padre 3:

Apellido del padre sin la custodia/fallecido Primer nombre Inicial del segundo nombre		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social del padre sin custodia/fallecido ____/____/____		Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección del padre sin custodia			Número de teléfono del padre sin custodia		
Nombre del empleador		Dirección del empleador		¿Es el padre veterano y/o discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El niño nació durante el matrimonio o en el plazo de los 300 días después de que este finalizara a causa de divorcio o fallecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Actualmente, ¿siguen casados los padres del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estado civil del padre sin custodia <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconocido		
Si la respuesta es sí, especifique la fecha de matrimonio	Si la respuesta es no, especifique la fecha de divorcio				
Padre sin custodia Raza: Origen étnico: Color de cabello: Estatura: Peso: Ciudad de nacimiento: Estado de nacimiento:					
¿Alguna vez ha estado en la cárcel el padre sin custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, especifique la fecha de inicio del encarcelamiento: ____/____/____		Fecha de finalización del encarcelamiento: ____/____/____		
¿Ha fallecido el padre del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, indique la fecha de defunción: ____/____/____				
Hijo(s) de este padre sin custodia que vive(n) en el hogar del solicitante. Apellido del menor Primer nombre Inicial del segundo nombre			Estado de nacimiento	¿La manutención de menores, la cobertura de salud o la paternidad se ordenaron a nivel legal? (Si la respuesta es sí, marque el tipo de cobertura e indique la fecha correspondiente).	
1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____

2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____

Solicitamos información sobre el padre sin custodia para poder obtener la manutención de menores correspondiente. Si teme que esta persona pueda dañarlo a usted o dañar a su hijo si nos ayuda en este proceso, es posible que no tenga que cooperar. Lo remitiremos a un defensor contra la violencia doméstica, quien puede hablar con usted sobre este tema y ayudarlo a que el proceso sea seguro. **Marque esta casilla si teme que usted o su hijo puedan resultar perjudicados si usted colabora con el cobro de la manutención de menores:**

Apellido del padre sin la custodia/fallecido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social del padre sin custodia/fallecido ____/____/____	Fecha de nacimiento ____/____/____
--	---------------	----------------------------	---	--	---------------------------------------

Dirección del padre sin custodia	Número de teléfono del padre sin custodia
----------------------------------	---

Nombre del empleador	Dirección del empleador	¿Es el padre veterano y/o discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------	-------------------------	--

¿El niño nació durante el matrimonio o en el plazo de los 300 días después de que este finalizara a causa de divorcio o fallecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, especifique la fecha de matrimonio ____/____/____ Si la respuesta es sí, especifique la fecha de matrimonio	Actualmente, ¿siguen casados los padres del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, especifique la fecha de divorcio ____/____/____	Estado civil del padre sin custodia <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconocido
--	---	--

Padre sin custodia	Raza:	Origen étnico:	Color de cabello:	Estatura:	Peso:	Ciudad de nacimiento:	Estado de nacimiento:
--------------------	-------	----------------	-------------------	-----------	-------	-----------------------	-----------------------

¿Alguna vez ha estado en la cárcel el padre sin custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, especifique la fecha de inicio del encarcelamiento: ____/____/____	Fecha de finalización del encarcelamiento: ____/____/____
--	--	--

¿Ha fallecido el padre del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, indique la fecha de defunción: ____/____/____
---	---

Hijo(s) de este padre sin custodia que vive(n) en el hogar del solicitante. Apellido del menor	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Estado de nacimiento	¿La manutención de menores, la cobertura de salud o la paternidad se ordenaron a nivel legal? (Si la respuesta es sí, marque el tipo de cobertura e indique la fecha correspondiente).
---	---------------	----------------------------	----------------------	---

1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____
2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de manutención Cobertura de salud Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____

Solicitamos información sobre el padre sin custodia para poder obtener la manutención de menores correspondiente. Si teme que esta persona pueda dañarlo a usted o dañar a su hijo si nos ayuda en este proceso, es posible que no tenga que cooperar. Lo remitiremos a un defensor contra la violencia doméstica, quien puede hablar con usted sobre este tema y ayudarlo a que el proceso sea seguro. **Marque esta casilla si teme que usted o su hijo puedan resultar perjudicados si usted colabora con el cobro de la manutención de menores:**

¿Usted o algún miembro del grupo familiar ha sido declarado culpable de alguno de los siguientes delitos? Sí NO

Si la respuesta es sí, complete las casillas a continuación para cada miembro del grupo familiar que haya sido encontrado culpable de un delito y marque la casilla de la derecha que corresponde al delito en cuestión.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Marque la(s) casilla(s) siguientes que corresponda(n).
			<input type="checkbox"/> Intercambiar beneficios del SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996 <input type="checkbox"/> Comprar o vender beneficios del SNAP de más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996 <input type="checkbox"/> Recibir de manera fraudulenta beneficios duplicados del SNAP en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996 <input type="checkbox"/> Intercambiar beneficios del SNAP por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996

29 DHS-2 Rev. 07-16 SNAP

Página de la solicitud 18 de 30

¿A usted o a algún miembro del grupo familiar le han prohibido participar en el SNAP/Programa de Cupones de Alimentos en otro estado? Sí NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada miembro del grupo familiar.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha	Estado

30 RIW CCAP GPA SSP LTSS EAD MPP KB

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar poseen o han registrado algún vehículo a su nombre? Sí NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada vehículo. Ejemplos: automóvil, embarcación, autocaravana, motonieve, camión, motocicleta

Vehículo 1:

Apellido del propietario	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de vehículo	Marca	Modelo Año
¿Para qué se utiliza el vehículo? (por ejemplo: trabajo, uso cotidiano, transporte para integrante discapacitado del grupo familiar)			Monto adeudado \$	Número de patente (chapa)	ID del vehículo (VIN)
Nombre de la compañía de seguros:					
¿Está registrado el vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Genera ingresos el vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Actualmente está en posesión del vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Comparte la propiedad del vehículo con otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si la respuesta es sí, indique el nombre del copropietario del vehículo:		

Vehículo 2

Apellido del propietario	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de vehículo	Marca	Modelo Año
¿Para qué se utiliza el vehículo? (por ejemplo: trabajo, uso cotidiano, transporte para integrante discapacitado del grupo familiar)			Monto adeudado \$	Número de patente (chapa)	ID del vehículo (VIN)
Nombre de la compañía de seguros:					
¿Está registrado el vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Genera ingresos el vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Actualmente está en posesión del vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Comparte la propiedad del vehículo con otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si la respuesta es sí, indique el nombre del copropietario del vehículo:		

31 RIW CCAP GPA SSP LTSS EAD MPP KB

Determinados recursos/activos, tales como las cuentas bancarias, pueden considerarse para determinar la elegibilidad, según el programa en el que desee inscribirse. También es posible que ciertos recursos/activos no se consideren para tal fin, por ejemplo, una vivienda o un terreno en el que usted vive, y los recursos de las personas que reciben el Seguro de Ingreso Suplementario.

Entre los **ejemplos** de cosas que se poseen se incluyen, entre otros: dinero en efectivo en mano, cuentas corrientes, cajas de ahorros, fideicomisos, certificados de depósito (CD), regalías, seguro de vida o entierro, acciones o bonos, cuentas de jubilación, ganado, viviendas/terrenos que no se ocupen, usufructo vitalicio, fondos de inversión

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar tienen algún recurso/activo? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada recurso/activo que posean usted o cualquier miembro del grupo familiar.

Recurso o activo	¿A quién le pertenece?	Valor	Nombre de la compañía o del banco, si corresponde
		\$ _____ ¿Genera ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$ _____ ¿Genera ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

		\$ _____ ¿Genera ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$ _____ ¿Genera ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

32 RIW CCAP GPA SSP LTSS EAD MPP KB

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar recibió un pago único como el Seguro Social o el Seguro de jubilación, para sobrevivientes e incapacidad (RSDI) durante los últimos 6 meses? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada pago único recibido.

Persona 1

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de pago	Fecha de recepción ____/____/____
Monto del pago único: \$ _____	¿La totalidad del pago pertenece a más de una persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién es el copropietario?		

Persona 2

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de pago	Fecha de recepción ____/____/____
Monto del pago único: \$ _____	¿La totalidad del pago pertenece a más de una persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién es el copropietario?		

33 RIW CCAP GPA SSP LTSS MPP KB

¿Usted, su cónyuge o alguien en su nombre (incluido un tribunal) ha establecido un fideicomiso o puesto dinero o algún otro recurso en un fideicomiso durante los últimos sesenta (60) meses? SÍ NO

¿Alguna propiedad ha salido de un fideicomiso durante los últimos sesenta (60) meses? SÍ NO

Si la respuesta es sí, debe proporcionar copias del fideicomiso y describir todas las transacciones de ingresos y egresos de este. Complete las siguientes casillas.

Establecido por	Fecha de establecimiento ____/____/____	Monto \$ _____

34 RIW EAD LTSS MPP

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar ha regalado, vendido, transferido por acto notarial o de otro modo algún elemento de valor durante los últimos sesenta (60) meses? SÍ NO

Si solicita únicamente los beneficios del programa RIW, responda "sí" a la pregunta solo si los elementos de valor fueron transferidos durante el mes en el que solicita tales beneficios. Si solicita únicamente los beneficios del SNAP y debe responder esta pregunta, detalle los elementos de valor que fueron transferidos durante los últimos tres (3) meses.

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas.

Elemento transferido	¿A quién se lo transfirió?	\$ Valor	Fecha de la transferencia

--	--	--	--

35 **SNAP**

¿Usted o algún miembro del grupo familiar dejaron un empleo durante los últimos sesenta (60) días o alguien está de huelga? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Motivo para dejar el empleo	Fecha en la que dejó el empleo/Fecha de inicio de la huelga ____/____/____
Nombre del empleador			Dirección del empleador	

36 **RIW** **SNAP** **CCAP** **GPA** **SSP** **ACC** **LTSS** **EAD** **MPP** **KB**

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar reciben ingresos derivados de alquileres? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas con la información de cada persona que recibe el alquiler.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Cantidad de unidades	¿Vive allí esta persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Horas por semana dedicadas a las tareas de mantenimiento de la propiedad: _____			Monto total del alquiler \$ _____ por _____	¿Los ingresos se seguirán recibiendo los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No		
Gastos en propiedad alquilada		¿Frecuencia?	Gastos en propiedad	¿Frecuencia?	Gastos en propiedad	¿Frecuencia?
Hipoteca	\$ _____	_____	Agua \$ _____	_____	Electricidad \$ _____	_____
			Cloacas \$ _____	_____	Combustible \$ _____	_____
			Residuos \$ _____	_____	Reparaciones \$ _____	_____
Impuestos	\$ _____	_____	Gas \$ _____	_____	Otro \$ _____	_____

37 **RIW** **SNAP** **CCAP** **GPA** **SSP** **ACC** **LTSS** **EAD** **MPP** **KB**

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar reciben pagos derivados de personas que contrataron el servicio de alojamiento y/o comida? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas. Adjunte documentación si desea reclamar los gastos reales.

Nombre de la persona que recibe el pago: Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre			Cantidad de horas trabajadas por semana:		
			¿Los ingresos se recibirán durante los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Nombres de las personas que contrataron el servicio de alojamiento/ comida		Monto recibido/Frecuencia	Incluye (marque las casillas)		Fecha de recepción
		\$ _____ por _____	Solo servicio de alojamiento	<input type="checkbox"/>	____/____/____
		\$ _____ por _____	Comida (1-2 comidas)	<input type="checkbox"/>	
		\$ _____ por _____	Comida (3 comidas)	<input type="checkbox"/>	
		\$ _____ por _____	Solo servicio de alojamiento	<input type="checkbox"/>	____/____/____
		\$ _____ por _____	Comida (1-2 comidas)	<input type="checkbox"/>	
		\$ _____ por _____	Comida (3 comidas)	<input type="checkbox"/>	
Gastos: \$ _____ por _____			Tipo(s) de gastos:		

*(Si nos informa los gastos y proporciona la evidencia correspondiente a los gastos enumerados en los puntos 38 a 42, esto podrá ayudarlo a obtener más beneficios del SNAP y puede repercutir en su elegibilidad. Si no nos informa un gasto o no proporciona evidencia de dicho gasto, asumiremos que no desea que tengamos en cuenta este gasto).

38**RIW****SNAP**

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar pagan por servicios de cuidado de niños, personas mayores o adultos discapacitados por cuestiones laborales, de capacitación, búsqueda de empleo o estudios? SÍ NO

EJEMPLOS: Pagos realizados a proveedores de cuidado infantil o de adultos durante el día; pagos realizados a programas extraescolares; cuotas de campamentos de verano; costo de transporte hacia y desde los centros de los proveedores de cuidado de niños/adultos.

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada persona que paga los servicios de cuidado.

Persona 1:

Nombre de la persona que paga los servicios de cuidado	Necesita estos servicios porque: <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Estudia/Realiza curso de capacitación <input type="checkbox"/> Está buscando empleo	¿Está subsidiado este costo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, indique el monto del subsidio. \$ _____ por _____
Nombre de la persona que recibe los servicios de cuidado			
Nombre del proveedor de los servicios de cuidado	Adulto/Niño <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	Monto del pago de bolsillo o copago \$ _____ por _____	¿Continuará este costo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Dirección del proveedor	

Persona 2:

Nombre de la persona que paga los servicios de cuidado	Necesita estos servicios porque: <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Estudia/Realiza curso de capacitación <input type="checkbox"/> Está buscando empleo	¿Está subsidiado este costo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, indique el monto del subsidio. \$ _____ por _____
Nombre de la persona que recibe los servicios de cuidado			
Nombre del proveedor de los servicios de cuidado	Adulto/Niño <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	Monto del pago de bolsillo o copago \$ _____ por _____	¿Continuará este costo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Dirección del proveedor	

Nombre del proveedor de los servicios de cuidado	Dirección del proveedor
--	-------------------------

39 **SNAP** **LTSS** **EAD**

¿Algún miembro del grupo familiar tiene sesenta (60) años o más (65 o más si solicita los beneficios de EAD/LTSS) o es discapacitado, e incurre o tiene gastos médicos sin pagar que no estén cubiertos por el seguro de salud? SÍ NO

EJEMPLOS: Primas del seguro de salud Audífonos Atención dental Medicamentos recetados Primas de Medicare
 Anteojos Facturas hospitalarias Suministros/equipos médicos
 Transporte hacia y desde los lugares donde se reciben servicios o tratamientos médicos

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada persona que tenga gastos médicos o para cada gasto médico en cuestión.

Persona 1/Gasto 1:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de gasto médico	Monto del gasto incurrido \$
				Frecuencia
¿Se adeuda el pago de los servicios médicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Los gastos se pagan a:		Fecha de servicio	¿Cuándo prevé que finalice?

Persona 2/Gasto 2:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de gasto médico	Monto del gasto incurrido \$
				Frecuencia
¿Se adeuda el pago de los servicios médicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Los gastos se pagan a:		Fecha de servicio	¿Cuándo prevé que finalice?

Persona 3/Gasto 3:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de gasto médico	Monto del gasto incurrido \$
				Frecuencia
¿Se adeuda el pago de los servicios médicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Los gastos se pagan a:		Fecha de servicio	¿Cuándo prevé que finalice?

40 **SNAP** **ACC**

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar pagan manutención de hijos/cónyuge o pensión alimenticia para alguna persona que no resida en su hogar? SÍ NO

Si solicita **ACC** únicamente, debe responder esta pregunta solo si usted paga manutención del cónyuge/pensión alimenticia.

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas con la información de cada persona que paga manutención de hijos/cónyuge o pensión alimenticia.

Persona 1:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	¿Quién es la persona que reclama el pago/A quién se le paga la manutención?	
Monto pagado \$ _____ por _____	Tipo de reclamo/manutención: <input type="checkbox"/> Manutención de menores <input type="checkbox"/> Manutención médica <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención de cónyuge		¿Este gasto está ordenado por un tribunal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Persona 2:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	¿Quién es la persona que reclama el pago/A quién se le paga la manutención?	
Monto pagado \$ _____ por _____	Tipo de reclamo/manutención: <input type="checkbox"/> Manutención de menores <input type="checkbox"/> Manutención médica <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención de cónyuge		¿Este gasto está ordenado por un tribunal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

41

RIW

SNAP

LTSS

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del grupo familiar tienen facturas de vivienda? SÍ NO

EJEMPLOS: Alquiler o parte del alquiler de un departamento, casa, vivienda rodante o refugio donde se vive Seguro para propietarios Hipoteca
 Contrato de compraventa de bienes terrenos Impuestos a la propiedad Cargos de evaluación Pagos por la vivienda rodante
 Cargos de condominio/asociación

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas para cada persona que paga facturas de vivienda.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Monto total del alquiler o la hipoteca/Frecuencia de pago	Monto pagado por usted	Tipo de vivienda
			\$ _____ / _____	\$ _____	
¿El costo del gasto de vivienda se comparte con alguna otra persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Si la respuesta es sí, Nombre: _____ Monto \$ _____			
Si alquila, ¿qué incluye el monto? <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Servicios públicos		Si alquila, ¿el alquiler está subsidiado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Si la respuesta es sí, el monto del subsidio es \$ _____	Tipo de subsidio
Si alquila, indique el nombre del dueño de la propiedad:				Número telefónico del dueño de la propiedad	
Dirección del dueño de la propiedad:					
Total de gastos mensuales como dueño de propiedad: Primera hipoteca			Total de gastos mensuales como dueño de propiedad: Segunda hipoteca		
Capital \$ _____	Intereses \$ _____		Capital \$ _____	Intereses \$ _____	
Incluye: <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Seguro			Incluye: <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Seguro		
Impuestos \$ _____	Seguro \$ _____		Impuestos \$ _____	Seguro \$ _____	
Alquiler de lote \$ _____	Otro \$ _____		Alquiler de lote \$ _____	Otro \$ _____	

42

SNAP

LTSS

¿Usted o algún miembro del grupo familiar ha recibido asistencia para el pago de calefacción para personas con bajos ingresos durante los últimos 12 meses?

SÍ NO

¿Usted o algún miembro del grupo familiar paga la totalidad o parte de los gastos de combustible o servicios públicos que se enumeran a continuación?

SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas e indique qué combustible/servicios públicos se pagan y cuál es el monto correspondiente.

Calefacción o refrigeración <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Se incluye en el monto del alquiler? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Teléfono <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el monto: \$ _____ por _____	Electricidad <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el monto: \$ _____ por _____
Agua <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el monto: \$ _____ por _____	Cloacas <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el monto: \$ _____ por _____	Recolección de residuos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, indique el monto: \$ _____ por _____

43

EAD

Después de abril de 1977, ¿alguna vez recibió un cheque de SSI y, al mismo tiempo, beneficios del Seguro Social, o recibió el SSI en el mes anterior a que comenzara el pago del Seguro Social? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete las siguientes casillas.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Año de recepción

44

ACC

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DATOS SOBRE INGRESOS

A FIN DE DETERMINAR SI USTED REÚNE LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA OBTENER AYUDA PARA EL PAGO DE SU COBERTURA DE SALUD, UTILIZAREMOS LOS DATOS SOBRE SUS INGRESOS, INCLUIDA LA INFORMACIÓN DERIVADA DE SUS DECLARACIONES DE IMPUESTOS. RECIBIRÁ UNA NOTIFICACIÓN EN LA QUE SE LE INFORMARÁ SI REÚNE LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD. PODRÁ REALIZAR CAMBIOS Y ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS QUE PROPORCIONÓ

AL PONERSE EN CONTACTO CON HEALTHSOURCE RI. MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS:

- OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE UTILICEN LOS DATOS SOBRE INGRESOS.
- NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO Y COMPRENDO QUE ESTO AFECTARÁ MI ELEGIBILIDAD PARA OBTENER AYUDA PARA EL PAGO DE LA COBERTURA DE SALUD.

USTED PUEDE OPTAR POR LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE ESTE CONSENTIMIENTO DURANTE UNO, DOS, TRES, CUATRO O CINCO AÑOS. SI SELECCIONA UN PERÍODO MÁS PROLONGADO, SERÁ MÁS SENCILLO DETERMINAR SI REÚNE LOS REQUISITOS CORRESPONDIENTES EN EL FUTURO. RENEVEN MI ELEGIBILIDAD AUTOMÁTICAMENTE DURANTE LOS PRÓXIMOS (MARQUE UNA OPCIÓN):

- 5 AÑOS (PERÍODO MÁXIMO DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA) 4 AÑOS 3 AÑOS 2 AÑOS 1 AÑO

ENTIENDO QUE SI RECIBO AYUDA FINANCIERA PARA REDUCIR EL COSTO DE LA COBERTURA DE SALUD PARA MÍ Y/O PARA MIS DEPENDIENTES:

- ✓ DEBO PRESENTAR UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERAL EL AÑO POSTERIOR AL AÑO DE LA COBERTURA QUE CORRESPONDA AL AÑO EN EL QUE RECIBÍ COBERTURA.
- ✓ SI ESTOY CASADO AL FINALIZAR EL AÑO DE COBERTURA, DEBO PRESENTAR UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS JUNTO CON MI CÓNYUGE.

TAMBIÉN SUPONGO LO SIGUIENTE:

- ✓ NADIE PODRÁ DECLARARME COMO DEPENDIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERAL PARA EL AÑO DE COBERTURA.
- ✓ RECLAMARÉ UNA DEDUCCIÓN DE EXENCIÓN PERSONAL EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERAL DEL AÑO DE COBERTURA POR TODA PERSONA INCLUIDA EN ESTA SOLICITUD COMO DEPENDIENTE, QUE ESTÉ INSCRITA EN LA COBERTURA Y QUE RECIBA AYUDA FINANCIERA PARA PAGARLA.

SI SE PRODUJERA ALGÚN CAMBIO EN LO ANTERIOR, ENTIENDO QUE PODRÍA VERSE AFECTADA MI CAPACIDAD PARA OBTENER UN CRÉDITO FISCAL ANTICIPADO PARA EL PAGO DE PRIMAS.

ASIMISMO, ENTIENDO QUE AL PRESENTAR LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERAL PARA EL AÑO DE LA COBERTURA, EL SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS (*INTERNAL REVENUE SERVICE, IRS*) COMPARARÁ LOS INGRESOS QUE FIGURAN EN DICHA DECLARACIÓN CON LOS QUE SE INDICAN EN MI SOLICITUD.

ENTIENDO QUE SI LOS INGRESOS QUE CONSTAN EN LA DECLARACIÓN SON INFERIORES A LOS QUE FIGURAN EN ESTA SOLICITUD, PUEDO SER ELEGIBLE PARA OBTENER UN MONTO DE CRÉDITO FISCAL ADICIONAL. POR OTRO LADO, SI LOS INGRESOS QUE CONSTAN EN LA DECLARACIÓN SON SUPERIORES A LOS QUE FIGURAN EN ESTA SOLICITUD, ES POSIBLE QUE EL IMPUESTO SOBRE LAS GANANCIAS QUE DEBO PAGAR SEA MAYOR.

CONSENTIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD

A FIN DE PROTEGER SU PRIVACIDAD, DEBERÁ COMPLETAR CORRECTAMENTE LA VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD ANTES DE ESTABLECER UNA CUENTA EN LÍNEA Y OBTENER ACCESO A DETERMINADA INFORMACIÓN QUE SE INCLUIRÁ EN SU CUENTA. AL MARCAR LA CASILLA "ACEPTO", AUTORIZA A EXPERIAN A ACCEDER A SU INFORMACIÓN PERSONAL PARA REALIZAR LA VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD EN NOMBRE DE CMS Y EL ESTADO DE RHODE ISLAND.

- OTORGO MI CONSENTIMIENTO A EXPERIAN PARA QUE REALICE LA VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD.
- NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO Y COMPRENDO QUE ESTO AFECTARÁ MI ELEGIBILIDAD PARA OBTENER AYUDA PARA EL PAGO DE LA COBERTURA DE SALUD.

ASEGÚRESE DE HABER ESCRITO CORRECTAMENTE LOS SIGUIENTES DATOS: SU NOMBRE LEGAL, DIRECCIÓN PARTICULAR ACTUAL, NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL, FECHA DE NACIMIENTO Y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. EN EL CASO DEL ACCESO A LA CUENTA EN LÍNEA, SOLO RECOPILOREMOS LA INFORMACIÓN PERSONAL PARA VERIFICAR SU IDENTIDAD A TRAVÉS DE EXPERIAN, UN PROVEEDOR EXTERNO DE SERVICIOS DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD. LA VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD IMPLICA QUE EXPERIAN UTILIZA INFORMACIÓN DE SU PERFIL DE INFORME DEL CONSUMIDOR PARA CONFIRMAR SU IDENTIDAD. POR ESTO, ES POSIBLE QUE USTED VEA UNA ENTRADA LLAMADA "SOFT INQUIRY" EN EL INFORME DEL CONSUMIDOR DE EXPERIAN. ESTE TIPO DE CONSULTAS SOLO ESTÁN VISIBLES PARA USTED; JAMÁS SE LAS PRESENTARÁ A TERCEROS Y NO AFECTAN SU CALIFICACIÓN CREDITICIA. ESTA CONSULTA SE DENOMINARÁ "CMS PROOFING SERVICES" Y SE LA ELIMINARÁ DEL INFORME DEL CONSUMIDOR DE EXPERIAN UNA VEZ TRANSCURRIDOS 25 MESES. POSIBLEMENTE NECESITE ACCEDER A LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN EL INFORME PERSONAL DEL CONSUMIDOR, DEBIDO A QUE LA APLICACIÓN DE EXPERIAN LE HARÁ PREGUNTAS, SEGÚN LOS DATOS QUE CONSTAN EN SUS ARCHIVOS.

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR DATOS EN CUESTIONES RELATIVAS A LAS DECISIONES SOBRE ELEGIBILIDAD

PODEMOS OFRECERLE MÁS AYUDA SI PODEMOS TRABAJAR CON OTRAS AGENCIAS Y PROFESIONALES QUE LO CONOZCAN A USTED Y A SU FAMILIA. AL MARCAR LA CASILLA "ACEPTO", NOS AUTORIZA A OBTENER, USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE USTED, PROCEDENTE DE DIVERSAS FUENTES, INCLUIDO EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN DE RHODE ISLAND, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND, LA OFICINA EJECUTIVA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND, EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE RHODE ISLAND, EL DEPARTAMENTO DE CORRECCIONES DE RHODE ISLAND Y EXPERIAN, EN NOMBRE DE LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL Y LOS CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID.

NO LE DENEGAREMOS NINGÚN BENEFICIO NI EL ACCESO A PROGRAMAS PARA LOS CUALES REÚNE LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD BASÁNDONOS EN EL HECHO DE QUE NO NOS HA AUTORIZADO A OBTENER, USAR NI COMPARTIR SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. SIN EMBARGO, NO PODREMOS AYUDARLO A ACCEDER A DETERMINADOS PROGRAMAS Y ASISTENCIA QUE PODRÍA RECIBIR SI NO NOS AUTORIZA A OBTENER Y COMPARTIR INFORMACIÓN. NECESITAMOS SU CONSENTIMIENTO PARA PODER DETERMINAR SI USTED REÚNE LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD.

PUEDE BUSCAR Y ADQUIRIR UNA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD SIN COMPLETAR ESTE CONSENTIMIENTO. PARA ELLO, DEBE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO AL 1-855-840-HSRI (4774). NO OBSTANTE, SI DESEA SABER SI REÚNE LOS REQUISITOS PARA OBTENER AYUDA FINANCIERA PARA ADQUIRIR UNA COBERTURA O PARA PARTICIPAR EN MEDICAID, DEBERÁ COMPLETAR ESTE CONSENTIMIENTO.

LA DIVULGACIÓN Y EL USO DE LA INFORMACIÓN QUE USTED AUTORIZA AL MARCAR LA CASILLA "ACEPTO" SE REALIZARÁN DE CONFORMIDAD CON TODAS LAS LEYES Y REGLAMENTACIONES FEDERALES Y ESTATALES PERTINENTES, LAS CUALES PROTEGEN SU PRIVACIDAD. ESTAS INCLUYEN, ENTRE OTRAS: LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS MÉDICOS DE 1996 (LEY PÚBLICA 104-191, CONOCIDA COMO HIPAA); LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES RELATIVAS A LA SALUD DE RHODE ISLAND (R.I.G.L. 5-37.3-1 Y SUBSIGUIENTES); LAS LEYES GENERALES DE RHODE ISLAND 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22 Y 40-6-12, Y TODAS LAS DEMÁS LEYES Y REGLAMENTACIONES VIGENTES. LA INFORMACIÓN SE COMPARTIRÁ POR MEDIO DE TRANSFERENCIA DE DATOS A TRAVÉS DE COMPUTADORA.

AL MARCAR LA CASILLA "ACEPTO", "AUTORIZO A QUE SE OBTENGA Y USE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE MÍ PARA DETERMINAR SI REÚNO LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA INSCRIBIRME EN UNA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD FINANCIADA CON FONDOS PÚBLICOS O EN CUALQUIER OTRO PROGRAMA FINANCIADO CON FONDOS PÚBLICOS Y ADMINISTRADOS A TRAVÉS DE ESTE SITIO, PARA PLANIFICAR, PROPORCIONAR Y COORDINAR BENEFICIOS Y PAGOS".

- OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE COMPARTAN DATOS PARA CUESTIONES RELACIONADAS CON LAS DECISIONES SOBRE ELEGIBILIDAD.
- NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO Y COMPRENDO QUE MI ELEGIBILIDAD PARA DETERMINADOS PROGRAMAS Y ASISTENCIA SE VERÁ AFECTADA POR ESTA DECISIÓN.

HE LEÍDO SOBRE MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES O ME LOS HAN EXPLICADO Y ENTIENDO QUE PUEDO CONSERVAR UNA COPIA DE LA SECCIÓN DERECHOS Y RESPONSABILIDADES (PÁGINAS 27 A 31). SÍ NO

Exclusivo para asesores de solicitud certificados, asistentes de pacientes, agentes e intermediarios

Complete esta sección si es un asesor de solicitud certificado, asistente de pacientes, agente o intermediario que completa esta solicitud en nombre de otra persona.

Fecha de inicio de la solicitud: _____ / _____ / _____

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Nombre de la organización	Número de ID (si corresponde)
---------------------------	-------------------------------

Lea la sección Derechos y responsabilidades en las páginas siguientes y **FIRME la página 31. La solicitud debe estar firmada para ser válida.**

Para uso exclusivo del solicitante/beneficiario

Use esta página para agregar información sobre las preguntas 1 a 44. Recuerde incluir el número de pregunta correspondiente.

Pregunta n.º _____ Página n.º _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Solicitantes/beneficiarios del programa Empleos en Rhode Island (RIW), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Medicaid y seguro de salud privado con asistencia financiera, Asistencia para Cuidado Infantil, Asistencia Pública General (GPA), Programa de Pago Suplementario del Estado (SSP) del SSI de Rhode Island

DERECHOS

Usted tiene DERECHO a solicitar y, en caso de que reúna los requisitos, a recibir asistencia financiera, servicios de Medicaid o a acceder a los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria en función de las políticas y normas establecidas conforme a las leyes estatales y federales.

Usted tiene DERECHO a apelar y acceder a una audiencia administrativa justa en caso de que no esté de acuerdo con las medidas tomadas por la agencia o si existen demoras en el proceso de solicitud. La Oficina de Audiencias de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos es responsable de las audiencias. Se ha designado a dicha Oficina como la entidad de apelación para todos los programas de salud y servicios humanos financiados con fondos públicos incluidos en esta solicitud. Si usted solicita una apelación, la audiencia debe llevarse a cabo de inmediato. Podrá ser representado por un abogado o alguna otra persona que elija para que se presente en su nombre. Para algunos programas, si usted presenta una apelación en determinados plazos, es posible que se mantengan sus beneficios o servicios hasta que se tome una decisión en la audiencia. Consulte la tabla a continuación para obtener información detallada.

Programa	Debe presentar una apelación en:	¿Se mantendrán los beneficios si se presenta la apelación en el plazo de los 10 días posteriores a la recepción de la notificación?
Medicaid/Seguro médico privado con ayuda financiera	35 días desde la fecha de la notificación	Sí
SNAP	90 días desde la fecha de envío de la notificación	Sí
CCAP	30 días desde la fecha de envío de la notificación	Es posible que se reduzcan los beneficios hasta que se tome una decisión en la audiencia.
GPA	10 días desde la fecha de envío de la notificación	Sí, pero se debe presentar la solicitud por escrito.
Todos los demás programas	30 días desde la fecha de envío de la notificación	Sí

Usted tiene DERECHO a recibir un trato no discriminatorio. De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derecho civil del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (*U.S. Department of Agriculture, USDA*), el USDA, sus Agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por razones de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o a tomar represalias por actividades de derechos civiles previas en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos (por ej., Braille, impresión con letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas norteamericano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas que tengan sordera, dificultades para escuchar o dificultades en el habla podrán comunicarse con el Departamento de Agricultura de los EE. UU. mediante el Servicio Federal de Retransmisión Telefónica (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Asimismo, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del inglés. Para elevar un reclamo por discriminación en el programa, complete el [Formulario del Programa de Reclamo por Discriminación del Departamento de Agricultura de EE. UU.](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina de USDA, o envíe una carta a USDA brindando por escrito toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta a USDA por: (1) correo postal: 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 brinda igualdad de oportunidades.

En conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (*Civil Rights Act*) de 1964 (42 U.S.C. 2000d y SS.), artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (*Rehabilitation Act*) de 1973 y sus enmiendas (29 U.S.C. 794); la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act*) de 1990 (42 U.S.C. 12101 y SS.) y el título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 y SS.); la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente conocida como "Ley de Cupones de Alimentos"); la Ley contra la Discriminación por la Edad (*Age Discrimination Act*) de 1975; las normas de implementación (Partes 80 y 84 del título 45 del CFR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y las normas de implementación (partes 104 y 106 del título 34 del CFR) del Departamento de Educación de EE. UU.; y el Departamento de Agricultura y Servicios de Alimentación y Nutrición de EE. UU. (sección 272.6 del título 7 del CFR); la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) y el Departamento de Servicios Humanos (DHS) no discriminan por cuestiones de raza, color, procedencia, discapacidad, religión, creencias políticas, edad o género, ni en la aceptación de solicitudes, la prestación de servicios, el empleo o el trato, ni en sus actividades educativas ni en otras actividades de sus programas. Conforme a lo establecido por otras disposiciones de la legislación aplicable, la EOHHS y el DHS no discriminan por razones de orientación sexual, identidad o expresión de género. Para obtener más información acerca de estas leyes de no discriminación y las regulaciones y los procedimientos para presentar reclamos y para resolución de reclamos por discriminación, diríjase al DHS de 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, o comuníquese por teléfono llamando al 462-2130 (para personas con sordera o discapacidad auditiva 462-6239 o 711). El Funcionario encargado de Relaciones Comunitarias es el coordinador para la implementación del Título VI, y el administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o la persona designada por el administrador a tal fin es el coordinador para la implementación del Título IX, artículo 504, y la ley ADA. El director del DHS, o la persona que haya designado a tal fin, es enteramente responsable del cumplimiento de los derechos civiles en todos los programas de la agencia. El secretario de la EOHHS es responsable de cuestiones de discriminación relativas a Medicaid y tales quejas se remitirán según corresponda.

Usted tiene DERECHO a la confidencialidad. En virtud de las leyes estatales, todas las agencias que administran los programas incluidos en esta solicitud están regidas por leyes y reglamentaciones estatales y federales que exigen usar la información sobre usted y sobre los demás miembros de su grupo familiar solamente con fines que estén directamente relacionados con la administración de programas y de acuerdo con las normas para la privacidad de información médica de identificación individual de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos

(HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act). Las restricciones de la HIPAA no nos permiten dar a conocer la información médica sobre usted o sobre algún miembro de su grupo familiar a nadie, incluido un representante no autorizado, a menos que esa persona tenga un poder notarial o que usted haya firmado un formulario de consentimiento para autorizar la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información sobre salud mental, resultados de pruebas de enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, o tratamientos o servicios de dependencia de sustancias químicas.

Entiendo que al firmar esta solicitud, otorgo a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (*Executive Office of Health and Human Services, EOHHS*) y al Departamento de Servicios Humanos (*Department of Human Services, DHS*) mi consentimiento para utilizar o revelar información de salud protegida con fines de tratamiento, operaciones de atención médica y pagos de acuerdo con el aviso de prácticas de privacidad de la agencia correspondiente. La EOHHS y el DHS no revelan información sobre usted ni sobre los demás miembros de su grupo familiar sin su consentimiento, excepto en los casos estipulados por las leyes generales 40-6-12, 40-6-12.1 y 42-7.2-5(13) de Rhode Island y las disposiciones establecidas en el Código Administrativo del DHS y los Códigos de Normas Administrativas de Medicaid. Toda persona que sea considerada culpable de infringir las disposiciones de las leyes generales 40-6-12 de Rhode Island habrá incurrido en un delito menor. Quienes incumplan dichas disposiciones estarán sujetos a una multa de un máximo de doscientos dólares (\$200) o un encarcelamiento de hasta seis (6) meses, o ambas cosas.

Usted tiene DERECHO a presentar una solicitud conjunta para más de un programa, o bien a presentar una solicitud aparte para el SNAP o los beneficios de Medicaid, sin solicitar los beneficios de ningún otro programa. Todas las solicitudes para SNAP, independientemente de que se trate de solicitudes conjuntas o independientes, deben procesarse a los fines de SNAP y Medicaid, según los requisitos relativos a los procedimientos, los plazos, la notificación y las audiencias justas. No se denegará la solicitud para SNAP o Medicaid de ningún grupo familiar con el único argumento de que la solicitud para participar en otro programa fue denegada o los beneficios en virtud de otro programa finalizaron, sin que exista una determinación aparte de la agencia correspondiente que indique que el grupo familiar no pudo cumplir con los requisitos de elegibilidad de SNAP o Medicaid. Los grupos familiares que presenten una solicitud conjunta para SNAP y otro programa y se les deniegan los beneficios del otro programa no deberán volver a presentar la solicitud conjunta ni otra solicitud para SNAP. Su elegibilidad para SNAP se determinará en función de la solicitud conjunta, de acuerdo con los plazos de procesamiento del SNAP, a partir de la fecha en la que el Departamento acepta la solicitud.

Usted tiene DERECHO a solicitar servicios para que se implemente la manutención a través de la Oficina de Servicios de Manutención de Menores. Si desea obtener una solicitud para estos servicios, visite <http://www.cse.ri.gov/> o diríjase a la Oficina de Servicios de Manutención de Menores local, situada en 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

Usted tiene DERECHO a nombrar a un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona designada por el jefe de familia, el cónyuge o cualquier otro miembro responsable del grupo familiar, para actuar en representación del grupo familiar al solicitar beneficios de programas o al utilizar dichos beneficios. El representante autorizado en cuanto a los beneficios puede o no ser el mismo individuo designado como representante autorizado para el proceso de solicitud o para cumplir con los requisitos de informe. La designación del representante autorizado debe realizarse por escrito.

Si usted solicita la cobertura de atención médica asequible de Medicaid, la EOHHS exige lo siguiente:

- El Departamento debe otorgarle a usted un plazo de treinta (30) días para presentar la información necesaria para analizar si reúne los requisitos de elegibilidad. Si no nos proporciona la información o solicita una prórroga, es posible que deneguemos, suspendamos o modifiquemos su cobertura de atención médica.
- El Departamento debe notificarle, en la mayoría de los casos, al menos diez (10) días antes de que se suspenda su cobertura de atención médica.
- El Departamento debe informarle por escrito la decisión tomada, en la mayoría de los casos, en un plazo de treinta (30) días. Algunos casos relacionados con discapacidades y los casos de cobertura de atención médica pueden demorar entre cuarenta y cinco (45) a noventa (90) días.
- El Departamento deberá continuar brindando la cobertura de Medicaid de Rhode Island mientras decidimos si usted reúne los requisitos de elegibilidad para participar en otro programa.

RESPONSABILIDADES

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar información precisa sobre sus ingresos, recursos y condiciones de alojamiento en esta solicitud.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de informarnos en un plazo de diez (10) días para la mayoría de los programas y en un plazo de treinta (30) días en el caso de los seguros privados con ayuda financiera, sobre cualquier cambio que se produzca en sus ingresos, recursos, composición familiar u otro tipo de cambios que afecten a su grupo familiar. En el caso de Medicaid, el plazo de diez (10) días comienza cinco (5) días después de la fecha de envío electrónico (fecha de transmisión) o postal (fecha del matasellos del correo de EE. UU.) de la solicitud de información. Si no nos proporciona la información o solicita una prórroga, es posible que deneguemos, cancelemos, suspendamos o modifiquemos sus beneficios o su cobertura de atención médica. En el caso del dinero en efectivo recibido a través del programa Empleos en Rhode Island (*Rhode Island Works, RIW*) y del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (*Child Care Assistance Program, CCAP*), debe informarnos en el plazo de los cinco (5) días posteriores cuando alguno de los niños abandone el grupo familiar por cualquier motivo. En el caso del SNAP, si usted es un informante simplificado, deberá informar sobre los cambios en los ingresos que impliquen que el ingreso bruto de la familia excede el ingreso estipulado según la cantidad de integrantes del grupo familiar. Si no está seguro de cuáles son los requisitos para presentar informes, comuníquese con el DHS para obtener ayuda.

Si solicita los servicios del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (*Child Care Assistance Program, CCAP*), **usted tiene la RESPONSABILIDAD** de buscar un proveedor de cuidado infantil para su(s) hijo(s) y de realizar las gestiones necesarias para que este/estos asistan al centro de ese proveedor. El Departamento de Servicios Humanos pagará únicamente las horas de cuidado infantil en las que usted esté trabajando o realizando alguna actividad de capacitación/educativa aprobada por el DHS. El costo de todo servicio de cuidado infantil que exceda dichas horas será su exclusiva responsabilidad. Si se determina que reúne los requisitos de elegibilidad correspondientes, usted puede ser responsable de asumir una parte del costo del cuidado infantil (copago). Deberá realizar el pago directamente al proveedor de cuidado infantil. Si no reúne los requisitos, dispone de treinta (30) días a partir de la fecha de la notificación por escrito para solicitar una audiencia, también por escrito, para apelar la condición de inelegibilidad. Si la decisión que se toma en la audiencia no es a su favor, el DHS no asumirá la responsabilidad por ningún costo en concepto de servicios de cuidado infantil en los que usted pueda haber incurrido. Al firmar este formulario, autoriza al Departamento de Servicios Humanos a informar a los proveedores de cuidado infantil si la asistencia para el cuidado infantil que recibe se ha aprobado, suspendido o denegado.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar los números de Seguro Social (o evidencia de que solicitó alguno) de usted y del resto de los integrantes de su grupo familiar, o de solicitarlos, en caso de que sea necesario, como una condición determinante para la elegibilidad. La recopilación de información mediante la solicitud, así como la información de los números del Seguro Social de todos aquellos miembros de su grupo familiar para los que usted recibe asistencia, está autorizada por la Ley de Alimentos y Nutrición (*Food and Nutrition Act*) de 2008

(anteriormente conocida como “Ley de Cupones de Alimentos” (*Food Stamp Act*), y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036, y por la ley federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910). Esta información se utilizará para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos de elegibilidad o si sigue reuniéndolos para participar en el SNAP, Medicaid, RIW, Asistencia Pública General (*General Public Assistance*, GPA), CCAP o en el seguro de salud privado con ayuda financiera. El Departamento verificará esta información mediante comparaciones entre datos informáticos con el Departamento de Empleo y Capacitación, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, el Servicio de Alimentación y Nutrición, y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por la ley, por regulaciones o contratos, y estarán sujetos a verificaciones por parte de funcionarios federales, estatales y locales. La información sobre ingresos y elegibilidad que obtengamos de estas agencias se utilizará para garantizar que su grupo familiar reúna los requisitos para los beneficios del SNAP, GPA, Cuidado Infantil, RIW, Medicaid y seguro de salud privado con ayuda financiera. Esta información también se utilizará para el control del cumplimiento de las regulaciones de los programas, para la gestión de los programas y para evitar el fraude y verificar las reclamaciones relacionadas con la atención médica.

Esta información también podrá ser revelada a otras agencias federales y estatales para que se la examine de manera oficial y a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley a fin de facilitar la captura de personas que se encuentren fugitivas para evadir la ley. En el caso de que se interponga una demanda contra su grupo familiar, los datos de esta solicitud, entre ellos los números del Seguro Social, se enviarán a las agencias federales y estatales, como también a las agencias privadas para el cobro de las demandas. La acción de proporcionar la información solicitada es voluntaria. Sin embargo, se denegarán los beneficios a todas aquellas personas para quienes no se proporcione un número del Seguro Social. Todos los números del Seguro Social que nos proporcione se utilizarán y revelarán de la misma manera que los números del Seguro Social de aquellos miembros del grupo familiar que reúnan los requisitos.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de informar acerca de los gastos que se muestran desde la pregunta 38 hasta la 42, y proporcionar evidencia de ellos, a fin de obtener el monto máximo permitido de beneficios del SNAP. Si usted no nos informa acerca de sus gastos, o no nos proporciona evidencia de ellos, entenderemos tal acción como una declaración de que no desea recibir una deducción por aquellos gastos sobre los que no nos informó o sobre los que no proporcionó evidencia.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar plenamente con el personal federal o estatal que lleve a cabo revisiones de control de calidad.

Únicamente los ciudadanos estadounidenses y ciertos inmigrantes legales podrían ser elegibles para recibir beneficios del SNAP. A pesar de que haya personas viviendo con usted que no sean ciudadanos estadounidenses y que no reúnan los requisitos, podrá solicitar y recibir beneficios para otros miembros de su grupo familiar que sí los reúnan. No es necesario que proporcione la información de inmigración de las personas que no estén solicitando beneficios, pero deberá proporcionar otros datos acerca de esas personas, como sus ingresos y recursos.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores si recibe beneficios de Empleos en Rhode Island, Asistencia para el Cuidado Infantil o Medicaid. Debe colaborar para que se establezca, se modifique o se cumpla la manutención de menores para los niños que tiene a cargo, además de determinar la paternidad (de ser necesario). Si puede demostrar que existen motivos suficientes para creer que colaborar con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores lo pone a usted, o bien pone a sus hijos o a los menores que tiene a su cargo, en riesgo de daños causados por el padre que no tiene la custodia, usted puede alegar motivo suficiente para no cooperar.

Cuando solicita o recibe cobertura de Medicaid de Rhode Island, **usted tiene la RESPONSABILIDAD** de solicitar posibles ingresos de otras fuentes o hacer los esfuerzos razonables para obtenerlos.

Información sobre el seguro de salud privado con ayuda financiera

Si tiene preguntas sobre los términos del plan de seguro de salud, incluidos los beneficios que puede obtener, los gastos a su cargo en virtud del plan y el proceso para presentar una reclamación de beneficios o apelar la denegación de beneficios, debe ponerse en contacto con un representante de la compañía de seguros de salud. Si reúne los requisitos de elegibilidad para acceder a la cobertura en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*, COBRA) tras la finalización de cualquier cobertura de seguro de salud, la compañía emisora de su seguro de salud o su empleador anterior es responsable de administrar los beneficios en virtud de la ley COBRA, proporcionarle las notificaciones correspondientes e informarle sobre los períodos de elección. No cancele ninguna cobertura de seguro actual ni rechace ningún beneficio de COBRA hasta tanto la compañía de seguros que escoja le envíe una carta de aprobación y póliza de seguro, también conocidos como “certificado o contrato de seguro”. Debe comprender y aceptar los términos de la póliza, prestar especial atención a las fechas de vigencia, los períodos de espera, los montos de las primas, los beneficios, las limitaciones, exclusiones y cláusulas.

Si se inscribe en un seguro de salud privado a través de HealthSource RI y no proporciona información suficiente para que se verifique si reúne los requisitos para adquirir un plan o acceder a un plan de costo reducido, o si no es posible verificar algún dato provisto, tendrá un plazo de noventa (90) días para facilitar la información necesaria según lo exijan los requisitos de elegibilidad de HealthSource RI. Durante dicho plazo, debe colaborar con el personal de HealthSource RI para tratar de proporcionar todo dato faltante o resolver las incoherencias que puedan existir. De este modo, podrá obtener la cobertura de inmediato, o bien, si le otorgan una elegibilidad condicional, podrá evitar que la cobertura se interrumpa. Si se inscribe en un plan de salud privado a través de HealthSource RI y sus ingresos cambian, debe notificar a HealthSource RI en el plazo de treinta (30) días de producido el cambio. Un cambio en los ingresos podría dar lugar a que se modifiquen los créditos fiscales o las reducciones de los costos compartidos a los cuales puede acceder y que le ayudarán a pagar el seguro. El crédito fiscal se basa en los ingresos que usted indica en esta solicitud. Si sus ingresos aumentan, el crédito fiscal para la cobertura de salud disminuirá. Si no nos informa sobre el cambio en sus ingresos, continuaremos ofreciéndole el mismo descuento todos los meses, pero es posible que deba devolver ese dinero al declarar impuestos.

Las tasas de las primas pueden cambiar según las prácticas de suscripción de seguro de la compañía de seguros de salud y los beneficios opcionales disponibles que usted elija, si corresponde. La compañía de seguros de salud siempre es quien determina las tasas finales. Las tasas de las primas corresponden ÚNICAMENTE a la fecha de entrada en vigor que usted solicitó. Si la fecha de entrada en vigor real de la póliza difiere de la que usted solicitó, el costo real de la póliza puede ser diferente de las tasas publicadas en healthsourceri.com. Esto puede ocurrir debido a que las tasas aumentan o que la compañía de seguros realiza cambios en la póliza y/o a que algún miembro de la familia cumple años. (Las tasas dependen en gran medida de la edad). Es posible que la compañía de seguros elegida no garantice las tasas por un período determinado hasta tanto se firme el contrato.

Restricciones de RIW para el uso de beneficios de dinero en efectivo en EBT y sanciones: En virtud de la sección 4004 de la Ley Pública 112-96, se prohíbe que los beneficiarios de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (*Temporary Assistance to Needy Families*, TANF) utilicen los beneficios de asistencia de dinero en efectivo recibidos en conformidad con el programa Empleos en Rhode Island, las leyes generales de Rhode Island 40-5.2 y subsiguientes, en ninguna transacción de transferencia electrónica de beneficios (*electronic benefit transfer*, EBT) en:

- licorerías;
- casinos, casinos de juegos, establecimientos de juegos;
- establecimientos minoristas que ofrecen entretenimiento para adultos en el que los artistas se quitan la ropa o están desnudos.

Toda persona que reciba asistencia de dinero en efectivo a través del programa Empleos en Rhode Island que utilice la tarjeta de EBT en contravención de

las normas anteriores quedará sujeta a las siguientes sanciones:

- Para la primera infracción, se enviará una advertencia al grupo familiar en la que se indicará que se ha realizado una transacción prohibida.
- Para la segunda infracción, se aplicará al grupo familiar una sanción equivalente al monto de la transacción EBT realizada en el lugar prohibido.
- Para la tercera infracción y para todas las subsiguientes, se aplicará al grupo familiar una sanción equivalente al monto de la transacción EBT realizada en el lugar prohibido Y, el mes siguiente a la infracción, el monto de la asistencia de dinero en efectivo que de otro modo la familia beneficiaria recibiría se reducirá por la porción del beneficio de la familia que se pueda atribuir al padre que utilizó la tarjeta de EBT en un lugar restringido. En el caso de las familias compuestas por dos (2) personas, la reducción del beneficio debida al uso incorrecto de la tarjeta de EBT en un lugar restringido se calculará tomando como base una familia de tres (3) integrantes, en la que la porción del padre/de la madre equivale a ciento cinco dólares (\$105).

Disposiciones relativas a la reposición de la tarjeta de EBT de RIW/SNAP:

Los titulares que soliciten cuatro (4) reposiciones o más de la tarjeta de EBT en un período de doce (12) meses pueden ser remitidos a la Unidad de Fraude, a fin de que se investigue el uso incorrecto o el abuso de la tarjeta de EBT. Las infracciones documentadas pueden dar lugar a que se tome una o más de las siguientes medidas:

- Expulsión del programa;
- Recuperación a través de reembolso/restitución;
- Remisión para procesamiento penal.

En todos los casos, la agencia actuará para proteger a los grupos familiares que incluyan personas sin hogar, ancianos o discapacitados, víctimas de delitos y demás individuos vulnerables que podrían perder sus tarjetas de EBT pero que no cometen fraude.

PROGRAMA DE EMPLEOS EN RHODE ISLAND, MEDICAID, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL Y ASISTENCIA PÚBLICA GENERAL GRAVÁMENES Y CESIÓN DE DERECHOS

Entiendo que, conforme a lo estipulado en las secciones 40-6-9, 40-6-10 o 40-8-15 de la ley general de Rhode Island, y sin necesidad de firmar ningún documento:

a.) Con respecto a la asistencia infantil y a la determinación de la paternidad

Le he cedido todos y cada uno de los derechos que puedo poseer para mí y en representación de mi(s) hijo(s), al Departamento de Servicios Humanos (*Department of Human Services*, DHS) y/o a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (*Executive Office of Health and Human Services*, EOHHS), en contra de cualquier persona que no nos brinde respaldo, manutención y asistencia médica a mí y a mi(s) hijo(s) menor(es) que recibe(n) asistencia pagada por el DHS/la EOHHS. El DHS/La EOHHS están autorizados a emprender un proceso legal para determinar la paternidad o brindar apoyo tanto para mí como para mi(s) hijo(s), quien(es) recibe(n) o recibió(eron) asistencia del DHS/de la EOHHS. Si deja de recibir dinero en efectivo o los beneficios de Medicaid, debe informar a la Oficina de Servicios de Manutención de Menores sobre todo cambio que afecte la manutención o los servicios médicos. Tales cambios pueden ser, por ejemplo, que su(s) hijo(s) se mude(n) o que cambie el domicilio.

b.) Con respecto a los montos recuperables de terceros

He cedido al DHS/a la EOHHS todos y cada uno de mis derechos y los de cualquier persona a la que represento legalmente, con respecto a los montos recuperables de terceros que sean iguales al monto de la asistencia financiera y los beneficios de Medicaid proporcionados como consecuencia de un accidente, una lesión o una enfermedad.

c.) Con respecto a los montos recuperables de las compensaciones laborales

El Departamento de Servicios Humanos y/o la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos podrían imponer un derecho de retención sobre cualquier concesión, orden o acuerdo pendiente, para el que podría tener derecho a recibir conforme a los capítulos 28 y 29 de las disposiciones de la Ley de Compensaciones Laborales (*Workers Compensation Act*) de Rhode Island y los capítulos 28 a 38 de las leyes generales de Rhode Island. El propósito del derecho de retención es garantizar que se realice el reembolso al departamento de los pagos de Medicaid y de ayuda financiera que me realizaron a mí o que se realizaron en mi nombre durante el período en el que se efectuó la compensación, la orden o el acuerdo de la compensación laboral.

d.) Con respecto a los gravámenes sobre propiedades inmuebles de beneficiarios fallecidos para el reembolso de Medicaid

El DHS/La EOHHS podrán aplicar un gravamen sobre las propiedades inmuebles de un beneficiario de Medicaid que, al momento de fallecer, tenía cincuenta y cinco (55) años o más. **A los fines de esta sección, el término «propiedad inmueble» de una persona fallecida incluye toda propiedad personal e inmueble y demás activos incluidos o que puedan incluirse en su acervo hereditario.**

Según la sección 40-8-15 de la R.I.G.L., el monto total de Medicaid que se pague en nombre de un beneficiario de Medicaid que haya tenido cincuenta y cinco (55) años o más al momento de recibir dicha asistencia, se adeudará al estado y constituirá un derecho de retención sobre el acervo hereditario del beneficiario, a favor del DHS. Sin embargo, el derecho de retención no tendrá vigencia y no se aplicará al acervo hereditario de un beneficiario al que lo sobrevivan un cónyuge, un hijo menor de veintiún (21) años o un hijo ciego o discapacitado total o parcialmente, como se define en el Título XVI (SSI) de la Ley de Seguro Social (*Social Security Act*). Los territorios tribales y determinadas propiedades que pertenecen a los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska pueden estar eximidos de la recuperación.

Entiendo que uno de los requisitos para recibir los beneficios del RIW es que todas las personas para las que solicito RIW, a menos que estén exentas por ley, deberán cumplir con los requisitos del programa Empleos de Rhode Island.

Entiendo que esta solicitud podrá utilizarse como autorización del Departamento de Servicios Humanos para solicitarles a los proveedores médicos información que sea pertinente para mí o cualquier persona que se incluya en esta solicitud, siempre y cuando el caso permanezca abierto.

Entiendo y acepto que la oficina del DHS podrá comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias para determinar mi elegibilidad y mi nivel de beneficios.

ADVERTENCIA DE SANCIONES PARA SNAP

de dicho programa durante un plazo que puede ir desde un año hasta una suspensión permanente; además, se le cobrará una multa de hasta \$250,000 o se lo encarcelará por hasta 20 años, o ambos. Dicha persona también podría estar sujeta a juicio, conforme a otras leyes federales o estatales vigentes. También es posible que se suspenda a esta persona del SNAP durante 18 meses adicionales, si el tribunal así lo decidiera. Cualquier miembro de mi grupo familiar que infrinja intencionalmente una regla del SNAP podrá ser suspendido de dicho programa:

- Durante un período de un (1) año en el caso de la primera infracción, teniendo en cuenta las excepciones que se mencionan en los apartados 1. a 5. a continuación.
- Durante un período de dos (2) años después de la segunda infracción, teniendo en cuenta las excepciones que se mencionan en los apartados 1. a 5. a continuación.
- De manera permanente a partir de la tercera infracción intencional del programa.

1. Los individuos que sean condenados por un tribunal federal, estatal o local por haber utilizado o recibido beneficios del SNAP como consecuencia de una transacción que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, se considerarán no elegibles de forma permanente para acceder al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria a partir de la primera infracción.

2. Los individuos que hayan hecho declaraciones o afirmaciones falsas sobre identidad o lugar de residencia a fin de recibir varios beneficios del SNAP simultáneamente no podrán participar en dicho programa durante un período de diez (10) años.

3. Los individuos que sean considerados culpables por parte de un tribunal federal, estatal o local por utilizar o recibir beneficios durante una transacción que implique la venta de una sustancia controlada (según se define en la sección 102 de la Ley de Sustancias Controladas (21 U.S.C. 802) no podrán recibir los beneficios durante dos años para el primer incumplimiento y de forma permanente para el segundo incumplimiento.

4. Los individuos que sean considerados culpables por parte de un tribunal por comprar o vender drogas ilegales o determinados medicamentos recetados a cambio de beneficios del SNAP no podrán participar en el SNAP durante 24 meses para el primer incumplimiento y de forma permanente para el segundo incumplimiento.

5. Un individuo condenado por un tribunal federal, estatal o local por haber traficado beneficios por un monto total de \$500 o más no será elegible de forma permanente para recibir los beneficios del SNAP a partir de la primera infracción.

Según se define en la sección 271.2 del título 7 del CFR, el término “tráfico” significa lo siguiente:

- 1) Comprar, vender, robar o intentar comprar, vender, robar o intercambiar de cualquier otro modo beneficios del SNAP emitidos a través de tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) y a los que se tiene acceso a través de estas, de números de tarjetas y números de identificación personal (PIN), o a través de vale y firma manuales, para dinero en efectivo o consideración distinta de alimentos elegibles, ya sea de manera directa o indirecta, en complicidad o connivencia con otros o actuando individualmente.
- 2) Intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas para obtener beneficios del SNAP.
- 3) Comprar un producto por medio de beneficios del SNAP, el cual tenga un envase que requiere un depósito de devolución con la intención de obtener dinero en efectivo al desechar el producto y devolver el envase para obtener el monto del depósito, desechar el producto y devolver el envase intencionalmente para obtener el monto del depósito.
- 4) Comprar un producto por medio de beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o consideración distinta de alimentos elegibles al revender el producto y, luego, revender intencionalmente el producto adquirido con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o consideración distinta de alimentos elegibles.
- 5) Comprar de manera intencional productos que originalmente se compraron con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o consideración distinta de alimentos elegibles.

NO proporcione información falsa ni oculte información con el fin de recibir o continuar recibiendo beneficios del SNAP que su grupo familiar no debería recibir.

NO utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos que no sean alimentos, tales como bebidas alcohólicas y cigarrillos, ni para pagar cuentas de crédito.

NO intercambie ni venda (ni intente intercambiar o vender) la tarjeta de EBT ni utilice la tarjeta de EBT de otra persona para su grupo familiar.

El DHS podrá utilizar o compartir información sobre esta solicitud para la administración de sus programas, como también la administración de otros programas de asistencia financiados a nivel federal, conforme a las leyes, los contratos y las regulaciones estatales y federales.

EL DHS podrá divulgar información no identificable con fines de investigación. Cualquier tipo de divulgación de información de identificación se realizará conforme a las leyes estatales y federales.

Comprendo las preguntas de esta solicitud y cuáles son las sanciones que se aplican por ocultar información, proporcionar información falsa o infringir cualquiera de las reglas mencionadas en la presente Advertencia de sanciones. Certifico, bajo pena de perjurio, que mis respuestas son correctas, incluida la información sobre ciudadanía y estado legal de extranjero, y que son completas a mi leal saber y entender. Soy consciente de que, conforme a la sección 40-6-15 de las leyes generales del estado de Rhode Island, podrá aplicarse una multa por un máximo de \$1,000 o un encarcelamiento de hasta cinco (5) años, o ambos, en las personas que acceden o intentan acceder a asistencia pública a la que no están autorizadas a acceder, o bien ayudan o son cómplices de otra persona que accede a dicho servicio. También podrá aplicarse a aquellas personas que, de forma deliberada, no declaran sus ingresos, recursos ni circunstancias personales o aumentos en estos aspectos que impliquen un monto superior al informado anteriormente. Confirmando que la identidad del menor identificado en la presente y que toda la información incluida en la presente solicitud es verdadera. Comprendo que estaré infringiendo la ley si la información que proporciono es errónea, y que podría ser castigado conforme a la ley federal, la ley estatal o ambas.

Firma del/de la solicitante o beneficiario(a)	Fecha	Firma del representante autorizado	Fecha
Firma del/de la cónyuge o el otro padre del/de los niño(s)	Fecha	Firma de la persona que ayuda a completar este formulario	Fecha
Firma del custodio/tutor/apoderado	Fecha	Firma del representante de la agencia	Fecha



Notificación al solicitante que se inscribe para votar en Rhode Island

La Junta de Elecciones del estado anima a todos sus ciudadanos a que se inscriban para votar. Su voto le beneficiará a usted y a su familia.

Este paquete de formularios incluye un formulario de inscripción para votantes. Si desea inscribirse para votar, complete y firme el formulario y remítalo a su junta de elecciones local (el directorio está al dorso del formulario).

Inscríbase para votar.

- Si no está inscrito/a para votar en el lugar donde vive actualmente, complete el formulario adjunto.
- El que solicite o no la inscripción como votante no afectará la cantidad de asistencia que le proporcione esta agencia.
- Si desea que alguien le ayude a completar el formulario de inscripción para votar, puede traerlo cuando venga a devolver los otros formularios completados de este paquete o puede llevarlo a la Junta de Elecciones de la ciudad/pueblo donde vive. (El directorio de ciudades/pueblos está al dorso del formulario de inscripción para votantes) La decisión en cuanto a pedir o aceptar esta ayuda le corresponde a usted.
- Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a renunciar al mismo, o con su derecho a tomar la decisión sobre si inscribirse o solicitar la inscripción para votar en privado, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede interponer una queja ante el Voter Registration Coordinator, Rhode Island Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, R.I. 02904 o llamando al (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 elecciones)

INSTRUCCIONES

Casilla 2: Obligatorio. Ciudadanos y residentes de Rhode Island de 16 años de edad pueden inscribirse 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 elecciones) Sí No

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

3. No. de licencia de conductor de 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 2º 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 8. No. de teléfono / Correo electrónico (optativo)
Mes Día Año

9. Selleccione su partido: Demócrata Moderado
 Republicano Sin afiliación Otro

10. Juro o afirmo que:

- No estoy recluso 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 MM/DD/AAAA
de la
firma

¿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)

Remite



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

Remitir a: **BOARD OF CANVASSERS**

Three horizontal lines for address information.

*****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

Table listing local election boards across Rhode Island, including Barrington, Bristol, Burrillville, Central Falls, Charlestown, Coventry, Cranston, Cumberland, East Greenwich, East Providence, Exeter, Foster, Gloucester, Hopkinton, Jamestown, Johnston, Lincoln, Little Compton, Middletown, Narragansett, New Shoreham, North Kingstown, North Providence, North Smithfield, Pawtucket, Portsmouth, Providence, Richmond, Scituate, Smithfield, So. Kingstown, Tiverton, Warren, Warwick, W. Greenwich, West Warwick, Westerly, and Woonsocket.

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