

Instrucciones generales para completar la Declaración de necesidades

LEA ESTA PÁGINA CON ATENCIÓN ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Puede solicitar ayuda para completar este formulario. Puede pedir que le traduzcan el formulario y las notificaciones. Si tiene una discapacidad o enfermedad que le dificulta entender o responder las preguntas de esta solicitud, podemos ofrecerle ayuda. Háganoslo saber.

Responda todas las preguntas

Este formulario consta de 38 preguntas. Con la excepción de la Pregunta 1, a continuación de cada una se encuentra una sección de cuadros para completar con la información requerida. Responda cada pregunta indicando SÍ o NO con una marca de verificación en el cuadro que se encuentra al lado de la pregunta.

Si la respuesta es SÍ []

Para proporcionar la información solicitada, escriba en el área de color amarillo que se encuentra debajo de cada pregunta. Debe proporcionar la información que se le pide para CADA miembro de la familia, aunque no esté solicitando asistencia para él o ella.

Si la respuesta es NO []

LA PREGUNTA NO LE CORRESPONDE NI A USTED NI A NADIE DE SU FAMILIA. Con la excepción de la Pregunta 38, deje el cuadro de color amarillo vacío y continúe con la pregunta siguiente.

SI necesita más espacio para responder las preguntas

Escriba "VER PÁGINA 25" si se queda sin espacio. Diríjase a la página 25, donde hay cuadros en los que podrá escribir la información adicional. Indique en alguno de los cuadros a qué pregunta se está refiriendo con este número. También puede adjuntar una hoja separada, en caso de ser necesario.

Lea las páginas 25, 26 y 27

Estas páginas contienen información importante acerca de sus Derechos y Responsabilidades.

Acerca de la entrevista

La página 3 tiene una lista de "Documentos que debe llevar a la entrevista". Asegúrese de proporcionar todos los documentos indicados.

Acerca de las preguntas

Pregunta 1.

Escriba su nombre en la primera línea y proporcione toda la información solicitada. Luego, escriba los nombres de las personas que viven con usted, una persona por línea. Indique qué parentesco tiene cada persona con usted (por ejemplo, "hijo", "primo", etc.) en los cuadros de "Parentesco". Debe anotar a cada persona que viva en su hogar, AUNQUE NO ESTÉ BUSCANDO ASISTENCIA PARA ESA PERSONA.

Preguntas de la 1a. a la 13 incluida.

Complete la información en las áreas de color amarillo para cada persona que solicite asistencia. Estas preguntas siguen la lista de miembros de la familia (Pregunta 1) y solicitan información personal acerca de todas las personas que anotó en la Pregunta 1. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es SÍ [], complete la información solicitada en el área de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros de la familia exactamente como aparecen en la Pregunta 1.

Preguntas de la 14 a la 19 incluida.

Estas preguntas tratan sobre los activos financieros (por ejemplo, cuentas bancarias) de todos los miembros de la familia. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es SÍ [], complete con la información que se pide en el área de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros de la familia exactamente como aparecen en la Pregunta 1.

Preguntas de la 20 a la 28 incluida.

Estas preguntas tratan sobre los ingresos de todos los miembros de la familia. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es SÍ [], complete con la información que se pide en el área de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros de la familia exactamente como aparecen en la Pregunta 1.

Preguntas de la 29 hasta la 38 incluida.

Estas preguntas tratan sobre refugio y gastos varios y la cobertura médica de todos los miembros de la familia. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es SÍ [], complete con la información que se pide en el área de color amarillo. Al hacerlo, escriba los nombres de los miembros de la familia exactamente como aparecen en la Pregunta 1. Si informa los gastos suyos que se muestran en estas preguntas y ofrece pruebas de ellos, se le concederá el máximo de beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria permitido. Si no informa ni ofrece pruebas de sus gastos, esto se considerará como su declaración de que usted no quiere recibir una deducción para los gastos no informados o cuyos comprobantes no se hayan presentado. Puede pedir a su representante de la agencia que lo ayude a conseguir la documentación de la deducción y/o los gastos. El representante de la agencia puede ayudarlo a contactar a otras personas para confirmar, en caso de que usted tenga dificultades para conseguir pruebas por escrito de las deducciones y/o de los gastos.

DECLARACIÓN DE NECESIDADES

Este documento debe ser completado por usted o un miembro adulto de su familia o un pariente, amigo o representante autorizado que conozca la situación financiera de todos los miembros de la familia. La persona que complete este documento es la fuente de información principal y, generalmente, será el beneficiario de RIW o SNAP, a menos que el representante de su agencia arregle de otra manera.

No escriba en las áreas de color azul. En las páginas que siguen, haga una lista de todos los miembros de su familia. Todas sus respuestas deben ser completas, claras y correctas para que pueda procesarse su solicitud. Si no lo son, es posible que se le devuelva el formulario para que agregue más información. Si no entiende alguna pregunta, solicite ayuda al representante de su agencia. Si necesita más espacio para incluir información, utilice la página 25, titulada “Solo para uso del cliente”.

TARJETA DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)

La asistencia en efectivo de RIW y los beneficios de SNAP se adjudican a través del proceso de Transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT). Puede obtener sus beneficios al utilizar su tarjeta EBT. Su oficina local le dará más información acerca de este proceso.

DOCUMENTOS QUE PUEDE TENER QUE PROPORCIONAR EN SU ENTREVISTA

- Certificado de nacimiento de todos los miembros de la familia
- Identificación con fotografía
- Pasaporte, certificado de naturalización u otro documento que pruebe la ciudadanía y la identidad
- Certificado de defunción de muerte de padre o madre de todo hijo dependiente para el que usted esté solicitando o para todo solicitante de MA fallecido
- Prueba de embarazo, en caso de estar embarazada
- Números del Seguro Social de todos los miembros de la familia y padres ausentes
- En caso de no ser ciudadano estadounidense, prueba de condición inmigratoria
- Documento que acredite identidad (licencia de conducir, recibo de alquiler, etc.)
- Pólizas de seguro de vida y contratos de entierro
- Documento que acredite cobertura de seguro de salud o dental
- Número de reclamo de veterano
- Comprobantes de pago, sobres de pago, declaración de ingresos o documento que acredite el último día de trabajo y el último pago
- Trabajadores independientes: Declaración federal de impuestos, registros de contabilidad o registros de ventas y gastos
- Prueba de ingresos de propiedad en alquiler
- Cartas de asignación de Seguro Social, SSI, UCB, TDI, indemnización laboral, etc.
- Resúmenes bancarios de cuenta de cheques, cuentas de ahorros, certificados de depósito, cuentas de cooperativa o acciones y bonos
- Documentos de fideicomiso
- Escritura de toda vivienda o propiedad
- Recibo de alquiler/pago de hipoteca (incluidos seguro del hogar, impuestos y otros gastos de refugio)
- Comprobantes de gastos médicos, por ejemplo: medicamentos, facturas de hospital, facturas de médicos o primas de seguros
- Recibos de cuidado de niños
- Copia de orden de manutención de hijos, comprobante de pago de manutención o pensión alimenticia para hijo, sentencia de divorcio, autorización de matrimonio
- Recibos de servicios
- Registro de vehículos
- Copia de poder legal o tutela
- Notificación de cierre de Asistencia pública/MA/SNAP de otro estado

Si, a pesar de intentarlo, no puede obtener alguno de los documentos que se indican arriba, la Agencia ayudará a toda familia que coopere.

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)

Se considerará su solicitud de SNAP a partir de la fecha en la que se reciba el formulario firmado. Si se considera que usted reúne las condiciones para recibir beneficios de SNAP, se determinarán dichos beneficios a partir de la fecha en la que la agencia reciba su solicitud firmada. Usted recibirá una solicitud por escrito en caso de faltar alguna verificación en su solicitud. Se rechazará su solicitud si no se recibe la verificación faltante en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha de la solicitud por escrito.

ASISTENCIA FINANCIERA (RIW) (GPA)

Si usted solicita RIW o GPA y se determina que reúne las condiciones para recibir beneficios de RIW o GPA, se determinarán tales beneficios a partir de la fecha en la que se reciba la solicitud firmada.

ASISTENCIA MÉDICA (MA)

Los beneficios médicos para adultos pueden proporcionarse por hasta tres (3) meses antes del mes en el cual se reciba la solicitud firmada, siempre y cuando se cumplan todos los factores de elegibilidad cada mes.



NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS DE COLOR AZUL



ESCRIBA SOLAMENTE EN LAS ÁREAS DE COLOR AMARILLO

1**Haga una lista de todas las personas que viven en su hogar ahora.***(Asegúrese de enumerarlos a todos, incluidos los niños por nacer, aunque no quieran asistencia).***FAMILIA**

	Apellido (apellido de soltera)	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Relación con usted	Asistencia solicitada <input checked="" type="checkbox"/>					Fecha de nacimiento	Ver
					SNAP	RIW	MA	GPA	NINGUNA		
1										___/___/___	
2										___/___/___	
3										___/___/___	
4										___/___/___	
5										___/___/___	
6										___/___/___	
7										___/___/___	
8										___/___/___	
9										___/___/___	
10										___/___/___	
11										___/___/___	
12										___/___/___	

1a*Si hay más personas en su familia, agréguelas en la página 25, marcada "solo para uso del cliente".*

¿Está usted o alguien de su familia huyendo para evitar procesos legales, custodia o reclusión después de una condena, según las leyes del lugar del que está huyendo, por un crimen o intento de cometer un crimen que sea un delito grave según las leyes del lugar del que está huyendo o el que, en el caso de New Jersey, sea un delito menor con agravantes, según el estado de New Jersey o por violar una condición de período de prueba o libertad condicional impuesta por las leyes estatales o federales? SÍ NO Si la respuesta es sí, nombre de los familiares _____
 Fecha _____ Estado _____

¿Ha sido usted o alguien de su familia alguna vez encontrado culpable por el Departamento, a través de su proceso de Audiencia Administrativa, o en un tribunal estatal o federal, de haber hecho una declaración fraudulenta respecto de la identidad o lugar de residencia suya para recibir múltiples beneficios simultáneamente de la asistencia del programa RI Works (TANF), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o el programa de Asistencia Médica? SÍ NO
 Si la respuesta es SÍ, nombre de los familiares _____ Fecha de culpabilidad/condena _____ Estado _____

***Raza**

DHS solicita esta información para cumplir con las Pautas Federales.

1) Esta información es voluntaria

2) La información sobre la raza y la etnia no afectarán la elegibilidad de un solicitante o el nivel de beneficios.

3) La razón por la que se solicita esta información es para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin diferencias de raza, color o nacionalidad.

MEMB

MIEMBROS

	Nº. de Seguro Social (Proporcione esta información solamente si la persona solicita beneficios)	Var	Sexo	Estado civil	Último grado completado	Ciudadano estadounidense (Proporcione esta información solamente si la persona solicita beneficios)	¿La etnia de esta persona es Latina/Hispana?	Raza*	Citizenship Date	Ver	Rel	Ver	Eth	Work Part	Tax Dep
1	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
2	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
3	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
4	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
5	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
6	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
7	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
8	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
9	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
10	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
11	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							
12	____/____/____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái							

Si hay más personas en su familia, agréguelas en la página 25, marcada "solo para uso del solicitante/beneficiario".

RESPONDA SI SOLICITA BENEFICIOS DE SNAP y vive en familia con hijos menores de dieciocho (18) años y más de un padre adulto o adulto que tenga control parental sobre los niños.

Su familia debe elegir un padre adulto de los niños que vivan en la familia o un adulto que tenga control parental sobre los niños menores de 18 años de edad que vivan con la familia, para que sea el jefe de familia. Todos los miembros adultos deben estar de acuerdo con la selección.

Si usted vive en dicha familia, designe al jefe de familia aquí. Nombre _____

1b

¿Es usted, su cónyuge o alguien en la familia veterano militar, dependiente de un veterano o superviviente de un veterano?

Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona.

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Condición de veterano		Solicitó beneficios de veterano	Fecha de servicio	Número de serie	Número de serie de V.A.
			Veterano	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Dependiente	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
			Superviviente	<input type="checkbox"/>				
			Veterano	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Dependiente	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
			Superviviente	<input type="checkbox"/>				
			Veterano	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	___/___/___		
			Dependiente	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
			Superviviente	<input type="checkbox"/>				

2

¿Nació usted, su cónyuge o alguien de su familia fuera de los Estados Unidos?

Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que solicite beneficios que no sea un ciudadano estadounidense.

ALIE

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	País de origen		Número de registro de extranjeros	Número de inmigración	
Estado legal de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Refugiado	Fecha de entrada	_____	Fecha de condición ante el INS	_____	
	<input type="checkbox"/>	Residente permanente	Fecha de entrada	_____	Fecha de residencia permanente	_____	
	<input type="checkbox"/>	Otro	Fecha de entrada	_____	Fecha de condición ante el INS	_____	
Nombre del patrocinador			Dirección del patrocinador			Alien	Origin
Reside en RI antes del 08/22/96		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en RI antes del 07/01/96		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	País de origen		Número de registro de extranjero	Número de inmigración	
Estado legal de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Refugiado	Fecha de entrada	_____	Fecha de condición ante el INS	_____	
	<input type="checkbox"/>	Residente permanente	Fecha de entrada	_____	Fecha de residencia permanente	_____	
	<input type="checkbox"/>	Otro	Fecha de entrada	_____	Fecha de condición ante el INS	_____	
Nombre del patrocinador			Dirección del patrocinador			Alien	Origin
Reside en los EE. UU. antes del 08/22/96		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reside en RI antes del 07/01/97		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

3 ¿Vive usted, su cónyuge o alguien de su familia en una vivienda grupal que se encuentran listadas a continuación? Sí No

EJEMPLOS

Refugios para personas que no tienen hogar Centro para el tratamiento de la drogadicción Hospital Residencia asistida
 Vivienda grupal Centro para el tratamiento del alcoholismo Refugio para mujeres maltratadas Dormitorio

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona. G R O P

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Nombre del centro	Type
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Nombre del centro	Type

4 ¿Está usted o cualquier persona de su familia que tenga por lo menos dieciséis (16) años en la escuela o en un programa de capacitación laboral? Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona. S C H L

Apellido segundo nombre	Primer nombre	Inicial	Escuela/Programa de capacitación	Dirección							
Marque una opción	Tiempo completo []	Medio tiempo []	Menos de medio tiempo []	Fecha de finalización	Type	Status	Ver	Count RIW	Count SNAP	MA	GPA

Apellido segundo nombre	Primer nombre	Inicial	Escuela/Programa de capacitación	Dirección							
Marque una opción	Tiempo completo []	Medio tiempo []	Menos de medio tiempo []	Fecha de finalización	Type	Status	Ver	Count RIW	Count SNAP	MA	GPA

5 Además de usted o su esposa, ¿hay alguien en la familia que tenga hijos menores de veintidós (22) años que también vivan con la familia? Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona. P A R E

Sobre los padres:		Sobre los hijos:		Ver	Sobre los hijos:		Ver
Apellido	Primer nombre	Apellido	Primer nombre		Apellido	Primer nombre	
Inicial segundo nombre		Inicial segundo nombre			Inicial segundo nombre		

6 ¿Hay alguien que vive con usted que compre y prepare comida por separado? Sí
No

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

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

7 ¿Está usted o alguien de su familia embarazada? Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para la persona embarazada. P R E G

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Fecha en la que se espera el nacimiento	Ver	Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Fecha en la que se espera el nacimiento	Ver
			___/___/___					___/___/___	

8 ¿Tiene usted, su cónyuge o alguien de su familia alguna enfermedad mental o física, tiene discapacidades o está ciego? Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona. D I S A

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Problema médico (describir)	¿Provocado por un accidente? Sí [] No []
¿Esta persona está activa con la Oficina de Servicios de Rehabilitación (Office of Rehabilitation) o Servicios para las Personas Ciegas (Services for the Blind)?			Sí [] No []	Factor Ver Review Blind
¿Esta persona ha solicitado Beneficios de SSI o del Seguro Social (Seguro por Jubilación, Supervivencia y Discapacidad (Retirement, Survivors & Disability Insurance, RSDI))?			Sí [] No []	

9 ¿Hay niños en la familia cuyos padres hayan muerto? Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona. D E C P

Apellido	Primer nombre	Inicial	Nº. de Seguro Social	Sexo	Fecha de nacimiento	Fecha de defunción	Ver				
			___/___/___	Niño [] Niña []	___/___/___	___/___/___					
Liste los hijos de este padre o esta madre en los espacios que siguen.											
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	P	Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	P	Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	P
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	P	Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	P	Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	P

10 ¿Hay niños en la familia quienes no tengan a ninguno de sus padres (naturales o adoptivos) viviendo con ellos? Sí
No

Listar como Padre ausente o ex esposo para hijos nacidos durante tal matrimonio o dentro de un plazo de 10 meses de una sentencia de divorcio final de dicho esposo. Si la sentencia de divorcio u orden judicial excluye a su marido o ex marido como padre

de cualquiera de los hijos nombrados en la solicitud, usted debe nombrar al padre biológico de los hijos y proporcionar copias de la sentencia u orden junto con esta solicitud.

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen acerca de cada padre ausente y los hijos de cada padre ausente que se encuentren en esta familia.	A B S P
--	---------

Sobre el padre ausente: Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre			Sexo M [] F []	Nº. de Seguro Social del padre ausente ____/____/____	Fecha de nacimiento del padre ausente ____/____/____	
Dirección del padre ausente			Número de teléfono del padre ausente			
Nombre del empleador		Dirección del empleador		¿Es este padre ausente una persona discapacitada o un veterano? Si [] No []	Coop	
¿Los padres de los hijos estaban casados entre sí? Si [] No [] Si la respuesta es sí, fecha de matrimonio ____/____/____	¿Los padres de los hijos se encuentran actualmente casados entre sí? Si [] No [] Si la respuesta es no, fecha de divorcio ____/____/____		Estado civil del padre ausente Nunca casado [] Divorciado [] Viudo [] Casado [] Separado [] Desconocido []			
Hijos del padre ausente que viven en esta familia. Sobre los hijos: Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre		Estado donde se produjo el nacimiento	¿Hay una orden judicial de manutención, cobertura de salud o prueba de paternidad para los hijos? (Si la respuesta es sí, indique la fecha)			P
1.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
2.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
3.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
4.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
5.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	

Sobre el padre ausente: Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre			Sexo M [] F []	Nº. de Seguro Social del padre ausente ____/____/____	Fecha de nacimiento del padre ausente ____/____/____	
Dirección del padre ausente			Número de teléfono del padre ausente			
Nombre del empleador		Dirección del empleador		¿Es este padre ausente una persona discapacitada o un veterano? Si [] No []	Coop	
¿Los padres de los hijos estaban casados entre sí? Si [] No [] Si la respuesta es sí, fecha de matrimonio ____/____/____	¿Los padres de los hijos se encuentran actualmente casados entre sí? Si [] No [] Si la respuesta es no, fecha de divorcio ____/____/____		Estado civil del padre ausente Nunca casado [] Divorciado [] Viudo [] Casado [] Separado [] Desconocido []			
Hijos del padre ausente que viven en esta familia. Sobre los hijos: Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre		Estado donde se produjo el nacimiento	¿Hay una orden judicial de manutención, cobertura de salud o prueba de paternidad para los hijos? (Si la respuesta es sí, indique la fecha)			P
1.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
2.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
3.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
4.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
5.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	

Pregunta N.º 10 (continuación)

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen acerca de cada padre ausente y los hijos de cada padre ausente que se encuentren en esta familia. **A B S P**

Sobre el padre ausente: Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre			Sexo M [] F []	Nº. de Seguro Social del padre ausente / /	Fecha de nacimiento del padre ausente ____/____/____	
Dirección del padre ausente			Número de teléfono del padre ausente			
Nombre del empleador		Dirección del empleador		¿Es este padre ausente una persona discapacitada o un veterano? Sí [] No []	Coop	
¿Los padres de los hijos estaban casados entre sí? Sí [] No [] Si la respuesta es sí, fecha de matrimonio ____/____/____		¿Los padres de los hijos se encuentran actualmente casados entre sí? Sí [] No [] Si la respuesta es no, fecha de divorcio / /		Estado civil del padre ausente Nunca casado [] Divorciado [] Viudo [] Casado [] Separado [] Desconocido []		
Hijos del padre ausente que viven en esta familia. Sobre los hijos: Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre		Estado donde se produjo el nacimiento	¿Hay una orden judicial de manutención, cobertura de salud o prueba de paternidad para los hijos? (Si la respuesta es sí, indique la fecha)			P
1.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
2.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
3.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
4.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
5.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	

Sobre el padre ausente: Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre			Sexo M [] F []	Nº. de Seguro Social del padre ausente / /	Fecha de nacimiento del padre ausente ____/____/____	
Dirección del padre ausente			Número de teléfono del padre ausente			
Nombre del empleador		Dirección del empleador		¿Es este padre ausente una persona discapacitada o un veterano? Sí [] No []	Coop	
¿Los padres de los hijos estaban casados entre sí? Sí [] No [] Si la respuesta es sí, fecha de matrimonio ____/____/____		¿Los padres de los hijos se encuentran actualmente casados entre sí? Sí [] No [] Si la respuesta es no, fecha de divorcio / /		Estado civil del padre ausente Nunca casado [] Divorciado [] Viudo [] Casado [] Separado [] Desconocido []		
Hijos del padre ausente que viven en esta familia. Sobre los hijos: Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre		Estado donde se produjo el nacimiento	¿Hay una orden judicial de manutención, cobertura de salud o prueba de paternidad para los hijos? (Si la respuesta es sí, indique la fecha)			P
1.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
2.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
3.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
4.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	
5.			Sí [] No []	Manutención [] Cobertura de salud [] Prueba de paternidad []	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	

11 ¿Está usted o cualquier otro padre de la familia desempleado o trabajando medio tiempo solamente? (marque una opción) Desempleado Medio tiempo Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen.

UNEM

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	¿Recibió esta persona compensación por desempleo en los últimos 12 meses?		Sí [] No []	Fechas en las que recibió: Desde _____ hasta _____		UC	Ver
¿Esta persona rechazó una oferta de trabajo o de programa de capacitación en los últimos 30 días?					Sí []	No []	Allow		
¿Se ha registrado esta persona en el Departamento de Trabajo y Capacitación (Department of Labor and Training, D.L.T.)?					Sí []	No []	Ver		
A continuación, indique las horas y semanas trabajadas en los últimos 30 días.				Indique todos los trabajos que tuvo en los últimos cinco (5) años.					
Semana de trabajo	Fecha	Cantidad de días trabajados	Horas trabajadas	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Fechas de empleo		Suma ganada	
Semana uno (1)						Desde _____	Hasta _____		
Semana dos (2)						Desde _____	Hasta _____		
Semana tres (3)						Desde _____	Hasta _____		
Semana cuatro (4)						Desde _____	Hasta _____		
Semana cinco (5)						Desde _____	Hasta _____		

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	¿Recibió esta persona compensación por desempleo en los últimos 12 meses?		Sí [] No []	Fechas en las que recibió: Desde _____ hasta _____		UC	Ver
¿Esta persona rechazó una oferta de trabajo o de programa de capacitación en los últimos 30 días?					Sí []	No []	Allow		
¿Se ha registrado esta persona en el Departamento de Trabajo y Capacitación (Department of Labor and Training, D.L.T.)?					Sí []	No []	Ver		
A continuación, indique las horas y semanas trabajadas en los últimos 30 días.				Indique todos los trabajos que tuvo en los últimos cinco (5) años.					
Semana de trabajo	Fecha	Cantidad de días trabajados	Horas trabajadas	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Fechas de empleo		Suma ganada	
Semana uno (1)						Desde _____	Hasta _____		
Semana dos (2)						Desde _____	Hasta _____		
Semana tres (3)						Desde _____	Hasta _____		
Semana cuatro (4)						Desde _____	Hasta _____		
Semana cinco (5)						Desde _____	Hasta _____		

12 ¿Usted o alguien de la familia dejó de trabajar en los últimos sesenta (60) días? Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen.

QUIT

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Motivo por el que dejó el trabajo	Fecha en la que dejó el trabajo / /		Pri	GC
Nombre del empleador			Dirección del empleador				
Si alguien de la familia respondió sí a esta pregunta, complete la sección que sigue para todas las personas a partir de los 16 años de edad que haya en la familia que hayan trabajado en los últimos dos (2) meses.							
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Ingresos brutos del último mes \$	Ingresos brutos de este mes \$	Ingresos brutos totales de ambos meses \$		
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Ingresos brutos del último mes \$	Ingresos brutos de este mes \$	Ingresos brutos totales de ambos meses \$		

13

¿Está usted o alguien de su familia en huelga?

Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona.

STRK

Apellido Inicial segundo nombre	Primer nombre	Fecha de comienzo de la huelga / /	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Type
------------------------------------	---------------	---	-------------------------	-------------------------	------

14

¿Usted, su cónyuge o alguien de su familia tiene dinero en efectivo? Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que tenga dinero en efectivo.

CASH

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma \$	Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma \$
----------	---------------	------------------------	------------	----------	---------------	------------------------	------------

15

¿Usted, su cónyuge o alguien de la familia tiene su nombre en cuentas como las de los tipos que se indican a continuación? Sí No **EJEMPLOS**

Cuenta corriente Cuenta de cooperativa de crédito Certificado de ahorro Cuenta individual de retiro (IRA) Ahorro para sepelio
 Cuenta corriente Cuenta de mercado monetario Certificado de depósito Plan Keogh Fideicomiso

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada cuenta.

BANK

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de cuenta	Número de cuenta			Suma \$		Type
Nombre de cotitular		Institución financiera		Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien
Dirección		Dirección							

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de cuenta	Número de cuenta			Suma \$		Type
Nombre de cotitular		Institución financiera		Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien
Dirección		Dirección							

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de cuenta	Número de cuenta			Suma \$		Type
Nombre de cotitular		Institución financiera		Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien
Dirección		Dirección							

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de cuenta	Número de cuenta			Suma \$		Type
Nombre de cotitular		Institución financiera		Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien
Dirección		Dirección							

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de cuenta	Número de cuenta			Suma \$		Type
Nombre de cotitular		Institución financiera		Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien
Dirección		Dirección							

15a

¿Usted, su cónyuge o alguien de la familia recibió un pago global del Seguro Social o de RSDI en los últimos 6 meses?

Sí
No

Si la respuesta es sí, complete el cuadro que sigue.

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma recibida \$ _____	Fecha en la que se recibió la suma ____ / ____ / ____
----------	---------------	------------------------	---------------------------	--

16

¿Es usted, su cónyuge o alguien de su familia titular o ha registrado a su nombre algún vehículo como los que se encuentran listados a continuación?

Sí
No

EJEMPLOS

Auto

Camioneta camper

Bote

Vehículo para la nieve

Camión

Vehículo de uso recreativo

Motocicleta

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada vehículo.

CARS

Sobre el titular: Apellido			Primer nombre			Inicial del segundo nombre			Vehículo	Marca	Modelo	Año	Blue book value			
													\$			
¿Para qué se usa el vehículo?		Suma debida \$ _____		Ver	Número de identificación del vehículo			Número de registro			Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien	
Compañía aseguradora																

Sobre el titular: Apellido			Primer nombre			Inicial del segundo nombre			Vehículo	Marca	Modelo	Año	Blue book value			
													\$			
¿Para qué se usa el vehículo?		Suma debida \$ _____		Ver	Número de identificación del vehículo			Número de registro			Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien	
Compañía aseguradora																

Sobre el titular: Apellido			Primer nombre			Inicial del segundo nombre			Vehículo	Marca	Modelo	Año	Blue book value			
													\$			
¿Para qué se usa el vehículo?		Suma debida \$ _____		Ver	Número de identificación del vehículo			Número de registro			Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	MA Lien	
Compañía aseguradora																

17

¿Usted, su cónyuge o alguien de su familia tiene artículos de valor?

Sí
No

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

EJEMPLOS Acciones Propiedad personal (antigüedades, colecciones, joyas, etc.) Contrato para sepelio
Bonos Seguro de vida

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen.

R E S O

ACCIONES, BONOS, OTROS

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de recurso	Count RIW	Count SNAP	Ver
Sobre el cotitular: Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Dirección del cotitular	Count MA	Count GPA	MA Lien

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de recurso	Count RIW	Count SNAP	Ver
Sobre el cotitular: Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Dirección del cotitular	Count MA	Count GPA	MA Lien

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de recurso	Count RIW	Count SNAP	Ver
Sobre el cotitular: Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Dirección del cotitular	Count MA	Count GPA	MA Lien

SEGURO DE VIDA

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Nombre de la compañía	Número de póliza	Tipo	Count RIW	Count SNAP	Ver
Titular			Valor nominal	Valor en efectivo	Monto del préstamo	Count MA	Count GPA	MA Lien

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Nombre de la compañía	Número de póliza	Tipo	Count RIW	Count SNAP	Ver
Titular			Valor nominal	Valor en efectivo	Monto del préstamo	Count MA	Count GPA	MA Lien

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Nombre de la compañía	Número de póliza	Tipo	Count RIW	Count SNAP	Ver
Titular			Valor nominal	Valor en efectivo	Monto del préstamo	Count MA	Count GPA	MA Lien

CONTRATO PARA SEPELIO

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Valor	Irrevocable	Fecha de entrada en vigencia	Count RIW	Count SNAP	Ver
Funeraria			Dirección de la funeraria			Count MA	Count GPA	MA Lien

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Valor	Irrevocable	Fecha de entrada en vigencia	Count RIW	Count SNAP	Ver
Funeraria			Dirección de la funeraria			Count MA	Count GPA	MA Lien

20

¿Usted o alguien de la familia tiene o espera ingresos de un trabajo este mes?

Sí
No

EJEMPLOS Sueldos/Jornales Comisiones Guardia Nacional Reserva del ejército
Estudio de trabajo Capacitación laboral Taller protegido Ejército de EE. UU.

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona. JINC

Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre			Frecuencia de pago		Nombre del empleador		
Fecha de inicio de trabajo / /			Día de la semana en la que se recibió el pago		Tipo de trabajo		Dirección del empleador
			[] Semanalmente [] Cada dos semanas		[] Dos veces al mes [] Mensualmente		
			[] Otro (frecuencia) _____				
Indique la suma bruta pagada en cada día de pago de este mes.							
Día de pago	Fecha en la que recibió el pago	Fecha de finalización del periodo de pago	Horas trabajadas por período de pago	Ingresos brutos antes de impuestos	Propinas/Comisiones	Recur	Ver
1°	___/___/___	___/___/___		\$	\$		
2°	___/___/___	___/___/___		\$	\$		
3°	___/___/___	___/___/___		\$	\$		
4°	___/___/___	___/___/___		\$	\$	Count	Count
5°	___/___/___	___/___/___		\$	\$	SNAP	RIW
¿Recibió crédito tributario por ingreso del trabajo en su sueldo? Sí [] No []						Count	Count
¿Es esto un programa de capacitación en el trabajo? Sí [] No []						MA	GPA
¿Es este trabajo parte de un programa de estudio de trabajo? Sí [] No []				Nº. de horas	Ingresos brutos esperados	Propinas/Comisiones	
¿Se recibirá este ingreso el mes siguiente? Sí [] No []					\$	\$	

Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre			Frecuencia de pago		Nombre del empleador		
Fecha de inicio de trabajo / /			Día de la semana en la que se recibió el pago		Tipo de trabajo		Dirección del empleador
			[] Semanalmente [] Cada dos semanas		[] Dos veces al mes [] Mensualmente		
			[] Otro (frecuencia) _____				
Indique la suma bruta pagada en cada día de pago de este mes.							
Día de pago	Fecha en la que recibió el pago	Fecha de finalización del periodo de pago	Horas trabajadas por período de pago	Ingresos brutos antes de impuestos	Propinas/Comisiones	Recur	Ver
1°	___/___/___	___/___/___		\$	\$		
2°	___/___/___	___/___/___		\$	\$		
3°	___/___/___	___/___/___		\$	\$		
4°	___/___/___	___/___/___		\$	\$	Count	Count
5°	___/___/___	___/___/___		\$	\$	SNAP	RIW
¿Recibió crédito tributario por ingreso del trabajo en su sueldo? Sí [] No []						Count	Count
¿Es esto un programa de capacitación en el trabajo? Sí [] No []						MA	GPA
¿Es este trabajo parte de un programa de estudio de trabajo? Sí [] No []				Nº. de horas	Ingresos brutos esperados	Propinas/Comisiones	
¿Se recibirá este ingreso el mes siguiente? Sí [] No []					\$	\$	

22

¿Usted, su cónyuge o alguien de su familia recibe ingresos provenientes de alquileres?

Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que reciba ingresos por alquiler.

R I N C

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Horas trabajadas por semana en el mantenimiento de la propiedad	Total Cantidad de unidades	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA
¿Total de ingresos por alquiler recibido? \$ _____											
¿Frecuencia? _____											
¿La persona nombrada más arriba vive aquí? Sí [] No []			¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []								
Gasto de alquiler		¿Frecuencia?	Gasto de alquiler		¿Frecuencia?	Gasto de alquiler		¿Frecuencia?			
Hipoteca	\$ _____	_____	Agua	\$ _____	_____	Electricidad	\$ _____	_____			
Impuestos	\$ _____	_____	Alcantarillado	\$ _____	_____	Combustible	\$ _____	_____			
			Recolección de basura	\$ _____	_____	Reparaciones	\$ _____	_____			
			Gas	\$ _____	_____	Otro	\$ _____	_____			

23

¿Usted, su cónyuge o alguien de su familia recibe ingresos por cuidar niños en su hogar?

Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que cuide niños. Adjunte documentación si desea reclamar gastos reales.

D C I N

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma total recibida por semana \$ _____	Cantidad de semanas trabajadas	Horas trabajadas por semana	Cantidad de niños cuidados	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA
¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []													

24

¿Usted, su cónyuge o alguien de su familia recibe pago de inquilinos o por comidas?

Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona. Adjunte documentación si desea reclamar gastos reales.

R B I N

Nombre de la persona que recibe los pagos Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre			Cantidad de horas trabajadas por semana							Recur
			¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []							
Nombres de los inquilinos/personas que pagan por comida	Suma recibida/Frecuencia	Incluye	Fecha Recibido	Freq	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA	
	\$ _____ por _____	Solo habitación [] Media pensión (1-2 comidas) [] Pensión completa (3 comidas) []	___/___/___							
	\$ _____ por _____	Solo habitación [] Media pensión (1-2 comidas) [] Pensión completa (3 comidas) []	___/___/___							
	\$ _____ por _____	Solo habitación [] Media pensión (1-2 comidas) [] Pensión completa (3 comidas) []	___/___/___							

25

¿Usted, su cónyuge o alguien de su familia recibe ingresos provenientes de trabajo independiente?

Sí
No

EJEMPLOS Agricultura Pesca Guardería fuera del hogar Ventas puerta a puerta Ventas domiciliarias

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona.

B U S I

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Ingresos brutos/Frecuencia \$ _____ por _____	Gastos \$ _____			Promedio de horas trabajadas por semana		
Tipo de empresa	Nombre de la empresa		¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Ingresos brutos/Frecuencia \$ _____ por _____	Gastos \$ _____			Promedio de horas trabajadas por semana		
Tipo de empresa	Nombre de la empresa		¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

26

RESERVADO

27

¿Usted, su cónyuge o alguien de su familia percibe ingresos de financiación de estudios, beca, préstamo para educación o beneficios para educación de Asuntos de Veteranos (VA)?

Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada fuente. Presente comprobantes de todos los gastos y tarifas.

S T I N

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma recibida \$ _____	Período cubierto para financiación/préstamo Desde _____ hasta _____	Fecha en la que se recibió la suma ____/____/____	Fecha del último pago ____/____/____			
Tipo de financiación/préstamo	¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []			Recur	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma recibida \$ _____	Período cubierto por la financiación/el préstamo para educación Desde _____ hasta _____	Fecha en la que se recibió la suma ____/____/____	Fecha del último pago ____/____/____			
Tipo de financiación/préstamo para educación	¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []			Recur	Ver	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

28

¿Usted, su cónyuge o alguien de la familia recibió o espera recibir ingresos como los que se describen a continuación?

Sí
No

EJEMPLOS:

- | | | | |
|---|--|-----------------------------------|----------------------------|
| Subsidio por adopción | Regalos, premios, herencias, lotería | Retiro ferroviario | Compensación por desempleo |
| Patrocinio extranjero | Refugio en especie | Pensiones de retiro | Ayuda y atención de VA |
| Anualidad | Otros en especie | Pago de servicios de la sección 8 | Beneficios básicos de VA |
| Pensión alimenticia | Devolución de impuesto a las ganancias | Seguro Social (RSDI) | Compensación de VA |
| Manutención de hijos | Seguro y reclamo de proceso legal | SSI | Pensión mejorada de VA |
| Dividendos, interés | Beneficios de huelga | Indemnización laboral | |
| Devolución de crédito tributario por ingresos ganados | | Asignación militar | TDI |
| Cuidado/hogar de crianza | | Asistencia fuera del estado | Fondos fiduciarios |

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada tipo de ingreso que reciba la persona. U N E A

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma/Frecuencia \$ _____ por _____	Fecha de recepción de los ingresos / /			Número de reclamo			
Tipo de ingreso		¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []	Type	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma/Frecuencia \$ _____ por _____	Fecha de recepción de los ingresos / /			Número de reclamo			
Tipo de ingreso		¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []	Type	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma/Frecuencia \$ _____ por _____	Fecha de recepción de los ingresos / /			Número de reclamo			
Tipo de ingreso		¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []	Type	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma/Frecuencia \$ _____ por _____	Fecha de recepción de los ingresos / /			Número de reclamo			
Tipo de ingreso		¿Se recibirá este ingreso los meses siguientes? Sí [] No []	Type	Freq	Ver	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA

Si alguien de la familia espera ingresos en el futuro, llene los cuadros que siguen para dicha persona.

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de ingreso esperado	Fecha en la que se espera se recibirán los ingresos / /
----------	---------------	------------------------	--------------------------	--

28a

¿Alguien en la familia ha recibido alguna vez SSI y RSDI el mismo mes?

Sí
No

Si la respuesta es sí, complete el cuadro que sigue.

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Año en el que se recibió
----------	---------------	------------------------	--------------------------

*(Si informa y presenta comprobantes de sus gastos que se muestran en las preguntas de las 29 a la 38, obtendrá la cantidad máxima de beneficios de SNAP permitida. Si no informa ni presenta comprobantes, se considerará que esta es su declaración de que no quiere recibir una deducción para los gastos no informados o cuyos comprobantes no se hayan presentado).

29 ¿Usted, su cónyuge o alguien de la familia paga a alguien para que cuide a un niño o a un adulto discapacitado en el hogar? Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que pagó por la atención.								D C E X				
Nombre de la persona que paga por la atención		Se necesita atención durante el día porque la persona está: Trabajando [] Capacitándose en la escuela [] Buscando trabajo []		¿Este costo está subsidiado? Sí [] No []		Si la respuesta es sí, ¿cuál es la suma del subsidio? \$ _____ por _____		Suma del pago de bolsillo o copago \$ _____ por _____				
Nombre de la persona que recibe la atención		Adulto/Niño Adulto [] Niño []		¿Continuará este costo? Sí [] No []		Freq	Type	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA
Nombre del proveedor de atención para el niño/adulto						Dirección del proveedor						

Nombre de la persona que paga por la atención		Se necesita atención durante el día porque la persona está: Trabajando [] Capacitándose en la escuela [] Buscando trabajo []		¿Este costo está subsidiado? Sí [] No []		Si la respuesta es sí, ¿cuál es la suma del subsidio? \$ _____ por _____		Suma del pago de bolsillo o copago \$ _____ por _____				
Nombre de la persona que recibe la atención		Adulto/Niño Adulto [] Niño []		¿Continuará este costo? Sí [] No []		Freq	Type	Recur	Count RIW	Count SNAP	Count MA	Count GPA
Nombre del proveedor de atención para el niño/adulto						Dirección del proveedor						

30 ¿Usted, su cónyuge o alguien de la familia paga manutención de hijos, pensión alimenticia o declara dependiente respecto de los impuestos a alguna persona que no viva en esta familia? Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que pague manutención de hijos, pensión alimenticia o que declare a alguien como dependiente respecto de los impuestos.								S U P P			
Apellido		Primer nombre	Inicial segundo nombre	¿Quién es la persona que reclama?		Tipo de reclamo efectuado Manutención de hijos [] Pensión alimenticia [] Otro dependiente respecto de los impuestos []		Cantidad pagada \$ _____ ¿Frecuencia? _____		Freq.	Ver
Apellido		Primer nombre	Inicial segundo nombre	¿Quién es la persona que reclama?		Tipo de reclamo efectuado Manutención de hijos [] Pensión alimenticia [] Otro dependiente respecto de los impuestos []		Cantidad pagada \$ _____ ¿Frecuencia? _____		Freq	Ver

31 ¿Usted, su cónyuge, alguien de la familia o alguien fuera de ella paga alquiler o una parte del alquiler del departamento, casa, casa rodante o refugio donde usted vive? Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que paga alquiler.								R E N T			
Apellido		Primer nombre	Inicial segundo nombre	Monto total del alquiler/Frecuencia \$ _____ por _____		Cantidad que usted paga \$ _____		Incluido en el alquiler Calefacción [] Servicios básicos []			
¿La renta está subsidiada? (p.ej., Sección 8)? Sí [] No []			Si la respuesta es sí, la suma del subsidio es \$ _____ por _____		¿Alguien comparte el costo de la renta? Sí [] No []			Si la respuesta es sí Nombre _____ Cantidad _____ \$ _____			
Nombre del arrendador				Dirección del arrendador				Type	Freq	Ver	
Número de teléfono del arrendador											

32

¿Usted, su cónyuge o alguien de la familia efectúa todo o parte del pago de hipoteca, impuestos a la propiedad, seguro u otros costos de la casa, el condominio o la casa rodante donde usted vive?

Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que paga un costo de propietario.

HOME

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Costos de propietario/Frecuencia	Titular de la hipoteca y dirección	Type	Ver
			Primera hipoteca Capital \$ _____ por _____ Interés \$ _____ por _____ Incluye Impuestos [] Seguro []			
			Segunda hipoteca Capital \$ _____ por _____ Interés \$ _____ por _____ Incluye Impuestos [] Seguro []			
			Impuestos \$ _____ por _____ (si no se encuentran incluidos en la hipoteca)	¿Alguien comparte el costo de este gasto? Sí [] No []		
			Seguro \$ _____ por _____	Si la respuesta es sí, indique cuál es la persona que comparte los gastos		
			Alquiler de lote \$ _____ per _____	¿Cuál es la cantidad pagada por esta persona? \$ _____		
			Otro \$ _____ por _____			

33

¿Usted, su cónyuge o alguien de la casa paga todo o parte del costo de combustible o servicios básicos?

Sí No

¿Obtuvo una subvención de la Ley de Asistencia para Gastos de Energía para Hogares de Bajos Ingresos en su dirección actual en los últimos doce (12) meses?

Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que paga un costo de propietario.

UTIL

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Servicio	Suma pagada / Frecuencia	Usado para Calefacción/Refrigeración	Freq	Ver
			Combustible	\$ _____ por _____	Calefacción [] Refrigeración []		
			Gas	\$ _____ por _____	Calefacción [] Refrigeración []		
			Madera o carbón	\$ _____ por _____	Calefacción [] Refrigeración []		
			Electricidad	\$ _____ por _____	Calefacción [] Refrigeración []		
			Teléfono	\$ _____ por _____			
			Agua	\$ _____ por _____			
			Alcantarillado	\$ _____ por _____			
			Recolección de basura	\$ _____ por _____			
			Otro	\$ _____ por _____			
¿Alguien comparte los costos de calefacción o de refrigeración en su hogar? Sí [] No []						LIHEAA	Ver
Si la respuesta es sí, indique cuáles son las personas que comparten los costos de calefacción o refrigeración _____						SUA	
¿Cuál es el monto de los costos de calefacción/refrigeración que paga esta persona? \$ _____							

34

¿Usted, su cónyuge o alguien de su familia paga alquiler por habitación y/o por comidas?

Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que paga alquiler por habitación y/o por comidas.					R B E X		
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma pagada / Frecuencia \$ _____ por _____	¿Qué cubre la habitación/pensión de comida? Solo habitación [] Media pensión (1-2 comidas) [] Pensión completa (3 comidas) []	Freq	Ver	Type
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Suma pagada / Frecuencia \$ _____ por _____	¿Qué cubre la habitación/pensión de comida? Solo habitación [] Media pensión (1-2 comidas) [] Pensión completa (3 comidas) []			

35

Si está solicitando beneficios de SNAP, ¿hay alguien de la familia que tenga más de sesenta (60) años de edad o que esté discapacitado que incurra en gastos médicos no cubiertos por el seguro de salud?

Sí
No

EJEMPLOS Primas de seguro de salud Audífonos Cuidado dental Medicamentos recetados
Primas de Medicare Anteojos Transporte a tratamiento o servicios médicos

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona que paga alquiler por habitación y/o por comidas.						F M E D	
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de gasto médico	Suma gastada \$ _____ ¿Frecuencia?	¿Cuándo espera que esto termine?	Ver	
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de gasto médico	Suma gastada \$ _____ ¿Frecuencia?	¿Cuándo espera que esto termine?		
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Tipo de gasto médico	Suma gastada \$ _____ ¿Frecuencia?	¿Cuándo espera que esto termine?		

SI ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DE SNAP SOLAMENTE, NO COMPLETE LAS PREGUNTAS 36, 37 NI 38 QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACIÓN

36

¿Tiene usted, su cónyuge o alguien de su familia cobertura de Medicare?

Sí
No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen para cada persona.				M E D I		
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Número de reclamo de Medicare - -		MPP	QDWI
Fecha de inicio de la Parte A (mes/día/año)			Prima de la Parte A \$ _____	¿Quién paga por este gasto?	P A Y O R	
Fecha de inicio de la Parte B (mes/día/año)			Prima de la Parte B \$ _____	¿Quién paga por este gasto?	PAYOR	BUY IN
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Número de reclamo de Medicare - -		MPP	QDWI
Fecha de inicio de la Parte A (mes/día/año)			Prima de la Parte A	¿Quién paga por este gasto?	P A Y O R	
Fecha de inicio de la Parte B (mes/día/año)			Prima de la Parte B	¿Quién paga por este gasto?	PAYOR	BUY IN

37

¿Está usted, su cónyuge o alguien de la familia cubierto por un programa de seguro de salud o dental o HMO distinto de Medicare, Medicaid, RItCare o RItShare?

Sí
No

Si la respuesta es no, ¿alguien reúne las condiciones para recibir cobertura de un plan de salud o dental ofrecido por su empleador? Sí No

Si la respuesta es no, ¿alguien ha rechazado o finalizado, de manera voluntaria, la cobertura del seguro de salud o dental en los últimos cuatro (4) meses? Sí No

EJEMPLOS

BlueCross/Blue Shield
BlueChip

United HealthCare of New England
Neighborhood Health Plan of RI

Delta Dental
BCBS Dental

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen. INSU

Nombre del titular de la póliza Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre		Nombre del seguro de salud o dental	Tipo de cobertura	Familiar [] Individual []	Si usted paga la prima Suma/Frecuencia \$ por		
Número de póliza	Número de grupo	¿El empleador proporciona seguro? Sí [] No []	Si la respuesta es sí, nombre del empleador que proporciona seguro		Code	Type	Req
Indique abajo las personas cubiertas por esta póliza.							
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Parentesco	Número de póliza de la persona	Fecha de inicio	Fecha de finalización	
					/ /	/ /	
					/ /	/ /	
					/ /	/ /	
					/ /	/ /	

Nombre del titular de la póliza Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre		Nombre del seguro de salud o dental	Tipo de cobertura	Familiar [] Individual []	Si usted paga la prima Suma/Frecuencia \$ por		
Número de póliza	Número de grupo	¿El empleador proporciona seguro? Sí [] No []	Si la respuesta es sí, nombre del empleador que proporciona seguro		Code	Type	Req
Indique abajo las personas cubiertas por esta póliza.							
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Parentesco	Número de póliza de la persona	Fecha de inicio	Fecha de finalización	
					/ /	/ /	
					/ /	/ /	
					/ /	/ /	
					/ /	/ /	

38

¿Usted, su cónyuge o alguien de su familia tiene alguna factura médica sin pagar?

Sí
No

Si la respuesta es sí, ¿tenía cobertura médica cuando se realizaron las facturas?

Sí
No

Si tiene alguna factura médica sin pagar, complete los cuadros que siguen para cada persona que haya recibido tratamiento médico. MEDX

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de servicio	¿A quién le debe?	Suma debida
			/ /		\$ _____
			/ /		\$ _____
			/ /		\$ _____

SOLO PARA USO DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO SOLAMENTE

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

Nº. de pregunta _____ Nº. de página _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

De los solicitantes/beneficiarios del Programa RI Works (RIW),
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Médica (MA) y Asistencia para el Público en General (GPA)

DERECHOS

Usted tiene el DERECHO de solicitar y, si reúne las condiciones, de recibir Asistencia Financiera o Médica o beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria según las políticas y normas establecidas según las leyes estatales.

Usted tiene el DERECHO de apelar y de que se le conceda una Audiencia ante un Funcionario del Departamento a cargo de la Audiencia si no está satisfecho con la decisión del Departamento o si este se demora en tomar una decisión. Si solicita una audiencia, se dará lugar a su apelación con prontitud. Puede representarlo un abogado o cualquier otra persona que usted elija para que se presente en su nombre. Si no está satisfecho con ninguna decisión que haya tomado el Departamento respecto de su solicitud, tiene el derecho de solicitar una audiencia. Debe solicitar una audiencia en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha en la que reciba una notificación por escrito para beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, treinta (30) días a partir de la fecha en la que reciba una notificación por escrito para RIW, atención para los niños y Asistencia Médica y diez (10) días a partir de la fecha en la que reciba una notificación por escrito para GPA.

Usted tiene DERECHO a recibir un trato no discriminatorio. De acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus enmiendas (29 U.S.C. 794), la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), el Título IX de las Enmiendas a la Ley de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), la Ley de Cupones para Alimentos y la Ley de Discriminación por Edad de 1975, las reglamentaciones reguladoras del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (45 C.F.R. Partes 80 y 84), las reglamentaciones reguladoras del Departamento de Educación de los Estados Unidos (34 C.F.R. Partes 104 y 106), y los Servicios de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (7 C.F.R. 272.6), el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) de Rhode Island no discrimina por raza, color, nacionalidad, discapacidad, creencias políticas, edad, religión o sexo para aceptar o para ofrecer servicios, empleo o tratamiento en sus programas y actividades educativos y de otro tipo. Según otras disposiciones de leyes vigentes, DHS no discrimina por orientación sexual. Para obtener información adicional acerca de estas leyes, reglamentaciones y procedimientos de quejas por discriminación de DHS para la resolución de quejas sobre discriminación, comuníquese con DHS en 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, teléfono: 462-2130 (para personas sordas/con problemas de audición, 462-6239 o 711). El Funcionario de Enlace de Relaciones Comunitarias es el coordinador de la implementación del Título VI; el Administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (Office of Rehabilitation Services, ORS) o la persona que este designe es el coordinador de la implementación del Título IX, Sección 504 y la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, ADA. El Director del DHS o la persona que este designe tiene la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles por parte del DHS.

De acuerdo con las leyes federales y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibida la discriminación por raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidades. Para presentar una queja por discriminación para SNAP, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

DHS tiene mi autorización para utilizar o revelar información de salud protegida para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud, de acuerdo con la notificación de prácticas de privacidad del DHS.

Usted tiene DERECHO a la confidencialidad. El Departamento utiliza información acerca de usted y de otros miembros de su familia solamente a los fines directamente relacionados con la administración de los programas y en cumplimiento con las normas de la Ley de Responsabilidad y Transferencia de Seguros Médicos (HIPAA) en lo que respecta a Información de Salud de Carácter Personal.

Usted tiene DERECHO a la confidencialidad. El Departamento utiliza información acerca de usted y de otros miembros de su familia solamente a los fines directamente relacionados con la administración de los programas y en cumplimiento con las normas de la Ley de Responsabilidad y Transferencia de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) en lo que respecta a Información de Salud de Carácter Personal.

DERECHOS (CONTINUACIÓN)

El Departamento no divulga información sobre usted u otros miembros de su familia sin su consentimiento, excepto según las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12 y 40-6-12.1 y las reglamentaciones publicadas en los Manuales de Política del DHS y del SNAP. Toda persona que sea declarada culpable de infringir las disposiciones de las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12 será considerada culpable de un delito menor. Los infractores están sujetos a una multa máxima de doscientos (\$200) dólares o hasta seis (6) meses de encarcelamiento, o ambos.

RESPONSABILIDADES

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de otorgar al Departamento información precisa de sus ingresos, recursos y tipo de vivienda.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de informarnos inmediatamente, en un plazo de diez (10) días, cualquier cambio en sus ingresos, recursos, composición de la familia o cualquier otro cambio que afecte a su familia. Para asistencia en efectivo de RIW, debe informarnos inmediatamente, en un plazo de cinco (5) días, cuando un hijo deje su familia por cualquier motivo. Para SNAP, si usted es un informante simplificado, debe informar los cambios en los ingresos que hagan que los ingresos brutos de la familia excedan la Norma de Elegibilidad de Ingresos Brutos para SNAP correspondiente al tamaño de su familia.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de otorgar los números de Seguro social (o prueba de que ha solicitado uno) de usted y de su familia o solicitarlos, si así se le exige, como condición de elegibilidad. La recopilación de esta información, además de los números de Seguro Social de todos los miembros de su familia por los que usted recibe asistencia, se utilizarán para relacionarlos por computadora con el Departamento de Trabajo y Capacitación (Department of Labor and Training), la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), el Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS), el Servicio de Alimentación y Nutrición (Food and Nutrition Service) y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por ley, reglamentación o contrato y estas estarán sujetas a verificación por funcionarios locales, estatales y federales. La información sobre ingresos y elegibilidad obtenida de estas oficinas se utilizará para asegurarse de que su familia es elegible y reciba la cantidad correcta de beneficios de SNAP, GPA, Asistencia para los Niños, RIW o Asistencia Médica. También se utilizará esta información para controlar el cumplimiento con las reglamentaciones del programa y para la administración de este. Podrá divulgarse esta información a otras oficinas estatales y federales para que la examinen funcionarios y a funcionarios del cumplimiento de las leyes con el objetivo de atrapar a las personas que están prófugas para evadir la ley. Si surge un reclamo en contra de su familia, podrá entregarse la información de esta solicitud, incluidos todos los números de Seguro Social (Social Security Numbers, SSN), a oficinas estatales y federales, además de oficinas privadas de cobro de reclamos, para proceder con el cobro de los reclamos. El proporcionar la información solicitada es voluntario. Sin embargo, si no se otorga un SSN, se negarán los beneficios a cada persona que no haya entregado un SSN. Todo SSN otorgado se utilizará y publicará de la misma manera que los SSN de los miembros de la familia que reúnan las condiciones para los beneficios del plan.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de informar y ofrecer comprobantes de sus gastos mostrados en las preguntas desde la 29 hasta la 38 incluida para recibir la mayor cantidad de beneficios de SNAP permitidos. Si no informa ni ofrece comprobantes se considerará que usted no quiere recibir una deducción para los gastos no informados o cuyos comprobantes no se hayan presentado.

Tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar completamente con el personal Estatal y Federal que esté llevando a cabo los controles de calidad. Solo ciudadanos estadounidenses y algunos inmigrantes legales pueden reunir las condiciones para recibir beneficios de SNAP. Si con usted viven personas que no son ciudadanos, y que no reúnen las condiciones, aun puede solicitar y recibir beneficios para los otros familiares que sí las reúnan. No se exige que proporcione información de inmigración para las personas que no soliciten beneficios, pero es posible que deba presentar otra información para tales personas, por ejemplo, ingresos y recursos.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

(El solicitante debe leer y firmar)

I. PROGRAMA RI WORKS, ASISTENCIA MÉDICA (MEDICAL ASSISTANCE) Y ASISTENCIA PARA EL PÚBLICO EN GENERAL (GENERAL PUBLIC ASSISTANCE).

Entiendo que, conforme a las leyes generales de Rhode Island, Secciones 40-6-9, 40-6-10 o 40-8-15, sin la necesidad de firmar ningún documento:

a.) Respetto de la manutención de los hijos y el establecimiento de la paternidad

He asignado todos los derechos que pueda tener para mí y a mi nombre y para mis hijos y en nombre de ellos al Departamento de Servicios Humanos, contra cualquier persona que no proporcione manutención, mantenimiento y atención médica para mí y para mis hijos menores para quienes el Departamento de Servicios Humanos paga asistencia. El Departamento de Servicios Humanos tiene autorización para iniciar acción legal para establecer la paternidad y/o recibir apoyo para mí o mis hijos que reciban o hayan recibido asistencia del Departamento de Servicios Humanos.

b.) Respetto de sumas recuperables de un tercero

He asignado todos mis derechos al Departamento de Servicios Humanos para mí y a mi nombre y a nombre de cualquier persona por la cual yo pueda actuar de manera legal, sobre sumas recuperables por un tercero iguales a la cantidad de asistencia financiera y médica proporcionada como resultado de un accidente, una lesión o una enfermedad.

b.) Respetto de sumas recuperables de indemnización laboral

El Departamento de Servicios Humanos puede establecer un gravamen sobre una adjudicación, orden o pago pendiente, al cual yo tenga derecho según las disposiciones de la Ley de Indemnización Laboral (Workers Compensation Act) de Rhode Island, Capítulos 28-29 hasta 28-38 incluido de las Leyes Generales de Rhode Island. El fin de este gravamen es asegurar el reembolso al Departamento de los pagos de asistencia financiera y médica que hicieron para mí o a mi nombre por el periodo de tiempo por el que se haga mi adjudicación, orden o pago de indemnización laboral.

d.) Respetto del gravamen sobre el patrimonio de un beneficiario fallecido por reembolso de asistencia médica

El Departamento de Servicios Humanos puede colocar un gravamen sobre el patrimonio de un beneficiario de Asistencia Médica que tuviera por lo menos cincuenta y cinco (55) años de edad al momento de producirse la muerte. R.I.G.L. 40-8-15 establece que la suma total de Asistencia Médica pagada a nombre de un beneficiario de Asistencia Médica que tuviera por lo menos cincuenta y cinco (55) años de edad al momento de recibir tal asistencia será una deuda al estado y constituirá un gravamen sobre el patrimonio del beneficiario en favor del Departamento de Servicios Humanos. Sin embargo, el gravamen no será efectivo y no se aplicará al patrimonio de un beneficiario que sea sobrevivido por un cónyuge o un hijo menor de veintiuno (21) o un hijo que sea ciego o que tenga una discapacidad permanente y total, como se define en el Título XVI (SSI) de la Ley del Seguro Social.

Entiendo que como una condición para recibir beneficios de RIW, todas las personas para las que estoy pidiendo solicitud RIW, a menos que estén eximidas por ley, deben cumplir con los requisitos del Programa RI Works.

Entiendo que esta solicitud servirá como autorización para que el Departamento de Servicios Humanos obtenga información de los proveedores médicos que sea pertinente para mí o para cualquier persona incluida en esta solicitud en tanto el caso permanezca abierto.

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

II. REPRESENTANTE AUTORIZADO

Puede autorizar a alguien fuera de su hogar 1) para obtener sus beneficios de SNAP por usted o 2) para utilizarlos para comprar alimentos para usted. Si quiere autorizar a tal representante, escriba el nombre de la persona a continuación.

Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre

Dirección Ciudad Código postal

III. ADVERTENCIAS DE SANCIONES DE SNAP

Entiendo que:

1. Cualquier miembro de mi familia que intencionalmente infrinja una regla de SNAP puede ser excluido del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria:

- *Por un período de un (1) año para la primera infracción, con las excepciones de los números 2 y 3 que se encuentran a continuación;
- *Por un período de dos (2) años después de la segunda infracción, con la excepción del número 3, que se encuentra a continuación; y
- *Permanentemente para la tercera vez que ocurra una violación intencional al programa.

2. Las personas que los tribunales locales, estatales o federales hayan usado o recibido beneficios de SNAP es una transacción que involucre la venta de armas de fuego, municiones o explosivos no podrán ser elegidos para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria a partir de la primera vez que ocurra tal violación.

3. Las personas que hayan sido halladas culpables de traficar beneficios de SNAP de quinientos dólares (\$500) o más, serán descalificados permanentemente del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria.

4. Las personas que el Departamento haya hallado culpables, o que tribunales estatales o federales hayan hallado culpables, de hacer una declaración fraudulenta respecto de sus beneficios simultáneamente según el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, serían descalificadas por un periodo de diez (10) años.

NO dé información falsa ni oculte información para recibir o seguir recibiendo beneficios de SNAP.

NO canjee o venda tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT).

NO use los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.

NO use la tarjeta EBT de otra persona para su familia.

DHS puede usar o compartir la información de esta solicitud para la administración de los programas de DHS, así como para la administración de otros programas que cuentan con financiación federal, de acuerdo con las leyes, contratos y reglamentaciones estatales y federales.

DHS puede publicar información que no sea de identificación personal con fines de investigación. Toda divulgación de información de identificación personal debe hacerse de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Entiendo las preguntas de esta solicitud y la sanción por ocultar la información o por dar información falsa o por infringir cualquiera de las reglas que figuran en esta Advertencia de Sanciones.

IV. SANCIONES POR PERJURIO

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas, incluida la información acerca de ciudadanía y condición de extranjero, y completas a mi leal saber y entender. Sé que, según las Leyes Generales de Rhode Island, Sección 40-6-15, se pueden imponer una multa máxima de \$1,000 o encarcelamiento por hasta cinco (5) años o ambos castigos a una persona que obtenga, intente obtener o ayude o induzca a cualquier persona a obtener asistencia pública para la que no tiene derecho, o que

Bajo pena de perjurio, doy fe de la identidad de los hijos menores que se identifican en el presente y de que toda la información que figura en esta solicitud es correcta. Entiendo que estoy en contra de la ley si doy información falsa y puedo ser castigado por las leyes federales, las leyes estatales o ambas.

Firma del solicitante o del beneficiario	Fecha	Firma del representante autorizado	Fecha
Firma del cónyuge u otro padre del niño o de los niños	Fecha	Firma de la persona que le ayudó a completar este formulario	Fecha
Firma del tutor, custodio o titular del poder	Fecha	Firma del representante de la agencia	Fecha



Notificación para el solicitante Inscripción para votar en Rhode Island

El Consejo Estatal de elecciones insta a todos sus ciudadanos a que se inscriban para votar. Su voto lo beneficiará a usted y a su familia.

Se incluye un formulario de inscripción del votante en este paquete de formularios. Si quiere inscribirse para votar, complete y firme el formulario y envíelo por correo a su Junta de agentes electorales (Board of Canvassers) local (el directorio se encuentra en el reverso del formulario)

Inscríbase para votar

- Si no está inscrito para votar donde vive ahora, complete el formulario adjunto.
- El hecho de que solicite o rechace la inscripción para votar no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia proporciona.
- Si desea obtener ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción del votante, puede llevarlo con usted cuando devuelva los otros formularios completados del paquete, o puede ir a la Junta de agentes electorales local en la ciudad/localidad en la que viva. (El directorio de ciudades/localidades se encuentra en el reverso del formulario de inscripción del votante).
- La decisión sobre si debe buscar o aceptar ayuda es suya.
- Si cree que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse o rechazar inscribirse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si debe inscribirse o al solicitar inscribirse para votar o su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Coordinador de Inscripción de Votantes, 50 Brand Avenue, Providence, RI 02904 o (401) 222-22345.



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: <input type="checkbox"/> Inscripción votante nuevo <input type="checkbox"/> Cambio dirección <input type="checkbox"/> Cambio partido <input type="checkbox"/> Cambio nombre				
2. Soy ciudadano de EE.UU. y residente de Rhode Island <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cumplido 16 años de edad. (Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciones) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó NO en cualquiera de estas casillas, no complete este formulario.		3. No. de licencia de conductor de RI <input type="text"/> No. de tarjeta de identidad de RI: <input type="text"/> Si no tiene licencia o ID de RI, escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social: <input type="text"/> Si no puso ningún número, vea arriba en Instrucciones, Casilla 3.		
4. Apellido		Nombre		2° nombre (o la inicial)
5. Dirección residencial (No puede ser una casilla postal)		Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado 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)		9. Selleccione su partido: <input type="checkbox"/> Demócrata <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Sin afiliación <input type="checkbox"/> Otro _____
Mes Día Año		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. Firme aquí con su nombre completo o ponga su marca. <input type="text"/>		
		¿Le interesa trabajar en las urnas? (marque esta casilla) <input type="checkbox"/> Fecha de la firma MM/DD/AAAA		
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)		



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 locations like 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, 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