



¿Qué es la ayuda económica?

Los programas de ayuda económica ayudan a personas, familias, menores, mujeres embarazadas, personas con discapacidades y adultos mayores de bajos ingresos prestándoles servicios médicos, nutricionales, económicos y de gestión de casos. Puede usar esta solicitud para aplicar a Medicaid, al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), a la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o cualquier combinación de estos programas.



¿Cuándo obtendré ayuda?

- **SNAP:** recibirá los beneficios del SNAP en un plazo de 30 días si es elegible. Si es elegible, recibirá los beneficios en un plazo de 7 días si cumple con alguno de los siguientes:
 - Grupos familiares con ingresos mensuales brutos menores a \$150 y recursos de \$100 o menos.
 - Grupos familiares con alquileres, hipotecas y servicios públicos que sean mayores a los ingresos mensuales brutos y recursos del grupo familiar.
 - Grupos familiares con trabajadores agrícolas migrantes o estacionales con recursos de \$100 o menos, con ingresos que están finalizando o comenzando.
- **Asistencia médica:** recibirá un aviso de su determinación de elegibilidad en un plazo de 45 días.
- **TANF:** recibirá un aviso de su determinación de elegibilidad en un plazo de 30 días.



Aplique más rápido en línea

Puede aplicar en línea en dss.sd.gov/applyonline



Lo que podría necesitar para aplicar

- Su número de seguro social (o número de documento si es un migrante elegible)
- Información del empleador e ingresos (por ejemplo, de talonarios de pago, formularios W-2 o declaraciones de salario e impuestos)
- Información de recursos (por ejemplo, estados de cuenta del banco, contratos de seguros y otros acuerdos contractuales)
- Información de gastos (por ejemplo, acuerdos de alquiler o facturas de servicios públicos)



¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos sobre ingresos, recursos, gastos y otra información para informarlo de los beneficios para los que califica.

Mantendremos toda la información que dé de forma privada y segura, como lo exige la ley. Para ver nuestro Aviso de prácticas de privacidad, visite dss.sd.gov/keyresources/hipaa/



¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a su oficina local del DSS. **Si no tiene toda la información que le pedimos, nos pondremos en contacto con usted.** Tiene derecho a presentar esta solicitud completando solo su nombre, dirección y firma en la página 3. La fecha en que obtenemos la página 3 comienza el tiempo que tenemos para decidir su elegibilidad. Para determinar si usted es elegible, debemos tener el resto de la solicitud y su firma en la página 19. Si está solicitando el programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, se requiere una entrevista. Nos pondremos en contacto con usted para programar la entrevista.



Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** dss.sd.gov
- **Teléfono:** Llame a su oficina local dss.sd.gov/findyourlocaloffice/
- **En persona:** Visite su oficina local dss.sd.gov/findyourlocaloffice/

Asistencia de idiomas

1. **Español (Spanish)** - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-999-5612.
2. **Deutsch (German)** - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-999-5612.
3. **繁體中文 (Chinese)** - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-999-5612.
4. **ကညီ (Karen)** - နှိုင်းသွင်းသုံး-နမ့်ကတိကညီကိုင်အယိ,နမ့်နမ့်ကိုင်အတိမစာလတလင်ဘုင်လင်စုနိတံဘင်သုနိုလီ.ကိ: 1-877-999-5612.
5. **Tiếng Việt (Vietnamese)** - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-999-5612.
6. **नेपाली (Nepali)** - ध्यान दनहु ोस: तपाइले नेपाल बोल्नहन्छ भन तपाइको ननम्त भाषा सहायता सवाहरु न:शलक रूपमा उपलब्ध छ । फोन गनहु ोसर ् 1-877-999-5612.
7. **Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)** - OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-877-999-5612.
8. **አማርኛ (Amharic)** - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-877-999-5612.
9. **Sudanic Adamawa (Fulfulde)** MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-877-999-5612.
10. **Tagalog (Tagalog – Filipino)** - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-999-5612.
11. **한국어 (Korean)** - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-999-5612. 번으로 전화해 주십시오.
12. **Русский (Russian)** - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-999-5612.
13. **Cushite Oroomiffa (Oromo)** - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-877-999-5612.
14. **Український (Ukrainian)** - УВАГА: Якщо ви говорити українською мовою, перекладацькі послуги, безкоштовно, доступні для вас. Телефонуйте. Телефонуйте 1-877-999-5612.
15. **Français (French)** - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-999-5612.

Cuéntenos sobre usted			
NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN RESIDENCIAL			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL)			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO		TELÉFONO SECUNDARIO (OPCIONAL)	
INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU CASA (SI NO TIENE DIRECCIÓN POSTAL)			¿VIVE EN UNA RESERVA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿CUÁL ES LA MEJOR HORA PARA CONTACTARLO ENTRE LAS 8 A.M. Y LAS 5 P.M.?			CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)

¿Para qué programas está aplicando?
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> ASISTENCIA MÉDICA
¿QUIERE AYUDA PARA PAGAR PRIMAS O FACTURAS MÉDICAS DE LOS ÚLTIMOS TRES (3) MESES? *
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿CON CUÁNTOS MESES ANTERIORES NECESITA AYUDA?
<input type="checkbox"/> UNO <input type="checkbox"/> DOS <input type="checkbox"/> TRES

¿Necesita servicios de interpretación?
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA EL IDIOMA PREFERIDO

¿Necesita una tarjeta EBT de Dakota del Sur?
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si elige "SÍ" o lo deja en blanco, se le enviará una tarjeta EBT por correo y su tarjeta anterior no funcionará. Si elige "NO", no recibirá una tarjeta EBT.

Firma
CERTIFICO QUE DARÉ AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE DAKOTA (SOUTH DAKOTA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES) DEL SUR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA REVISAR MI SOLICITUD DE TANF, SNAP Y ASISTENCIA MÉDICA. ESTA INFORMACIÓN SERÁ CIERTA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.
FIRMANDO AQUÍ COMENZARÁ SU SOLICITUD. TAMBIÉN DEBE FIRMAR LA PÁGINA 19 ANTES DE PODER RECIBIR CUALQUIER BENEFICIO. PARA EL SNAP, DEBE COMPLETAR TODA LA SOLICITUD, TENER UNA ENTREVISTA Y ENTREGAR UNA IDENTIFICACIÓN PARA RECIBIR BENEFICIOS. UNA SOLICITUD PARA LA TANF NECESITARÁ UN FORMULARIO ADICIONAL. SI SOLICITA ASISTENCIA MÉDICA PARA UN MENOR, SU INFORMACIÓN DEL SNAP SE USARÁ PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA A MENOS QUE USTED NOS PIDA NO HACERLO.
FIRMA

Agency use only (Solo para uso de la agencia)		
EXPEDITED:	RECEIPT DATE	CASE NUMBER
APPLICATION:		

Esta pagina se deajo en blanco
intencionalmente

1. ¿Quién vive en su casa?

LISTE A TODOS EN SU CASA, AUNQUE NO ESTÉ SOLICITANDO AYUDA PARA ELLOS.

- COMPLETAR EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y LA CIUDADANÍA ES OPCIONAL PARA QUIENES NO SOLICITAN ASISTENCIA.
- COMPLETAR LAS SECCIONES DE PAÍS DE NACIMIENTO, ESTADO CIVIL, ÚLTIMO GRADO COMPLETADO, SEXO, RAZA Y GRUPO ÉTNICO SON OPCIONALES Y NO AFECTARÁN SU ELEGIBILIDAD NI NIVEL DE BENEFICIOS. SI NO SELECCIONA LA RAZA O EL GRUPO ÉTNICO, NUESTRA OFICINA DEBE HACER UNA SELECCIÓN EN SU NOMBRE, PARA FINES DE RECOPIACIÓN DE DATOS NECESARIOS.

*Códigos del estado civil: N- Nunca se casó/solo M- Casado S- Separado D- Divorciado W- Viuda/Viudo

** Códigos de raza: W- Blanco A- Indio americano/nativo de Alaska B- Negro H- Hawaiano/de otra isla del Pacífico O- Asiático

Marque el programa abajo	Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Relación con usted (cónyuge, hijo, hermano, amigo, etc.)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo (marque una opción)	*Estado civil	**Raza	Ciudadano de EE. UU.	¿Esta persona prepara comidas y come con usted?
				País de nacimiento		Último grado completado	Grupo étnico: (¿hispano o latino? marque S o N)	(marque una opción)	
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguno		Yo mismo			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	N/A
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<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"/> SNAP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<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"/> SNAP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<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"/> SNAP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<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"/> SNAP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<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"/> SNAP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<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"/> SNAP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<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"/> SNAP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<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"/> SNAP <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguno					<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		

2. Alias

¿HAY OTROS NOMBRES QUE USE ALGUIEN EN LA CASA (NOMBRES DE SOLTERA, ALIAS, ETC.)?

SÍ NO

MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	OTROS NOMBRES USADOS

3. Información de inmigración

¿ALGUNA PERSONA QUE SOLICITA AYUDA, NO ES CIUDADANO DE EE. UU.? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS ABAJO.

SÍ NO

NOMBRE Y N.º DE EXTRANJERO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE EXPIRACIÓN	VIVE EN EE. UU. DESDE 1996	ESTADO DE MILITAR ACTIVO DE EE. UU. O DE VETERANO
				<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	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

4. Programas médicos tribales (Si esta solicitando Asistencia Medica)

¿HA RECIBIDO ALGÚN MIEMBRO NATIVO AMERICANO DEL GRUPO FAMILIAR O ES ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS (IHS), SALUD INDÍGENA URBANA U OTROS PROGRAMAS MÉDICOS TRIBALES?

SÍ NO

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR

5. Representante autorizado

¿QUIERE QUE ALGUIEN LO AYUDE A LLENAR SU SOLICITUD, DÉ INFORMACIÓN EN SU ENTREVISTA O HABLE EN SU NOMBRE COMO UN REPRESENTANTE AUTORIZADO? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ESTA SECCIÓN Y EL FORMULARIO EN LA SECCIÓN 17.

SÍ NO

SI LA RESPUESTA ES "SÍ" ESCRIBA: NOMBRE		RELACIÓN U ORGANIZACIÓN
DIRECCIÓN DE CORREO		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
¿PARA QUÉ PROGRAMAS APLICARÍA ESTO?		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> ASISTENCIA MÉDICA		

6. Información de la escuela

¿VAN A LA ESCUELA USTED O ALGUIEN EN LA CASA, INCLUYENDO MENORES? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO

SÍ NO

NOMBRE	NOMBRE DE LA ESCUELA	ESTADO DE INSCRIPCIÓN	FECHA PREVISTA DE GRADUACIÓN	¿SI ES UN INTERNADO, SE ALOJA AHÍ?
		<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> MENOS DE MEDIO TIEMPO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> MENOS DE MEDIO TIEMPO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> MENOS DE MEDIO TIEMPO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> MENOS DE MEDIO TIEMPO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

7. Información sobre la declaración de impuestos (Si esta solicitando Asistencia Medica)

¿PLANEA **USTED** PRESENTAR UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES SOBRE LA RENTA EL PRÓXIMO AÑO O SE DECLARARÁ COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE ALGUIEN MÁS EL PRÓXIMO AÑO? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO

SÍ NO

¿PRESENTARÁ UNA DECLARACIÓN CONJUNTA CON UN CÓNYUGE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DEL CÓNYUGE
¿DECLARARÁ A ALGÚN DEPENDIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LISTE LOS NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES
¿SE DECLARARÁ COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE LA DECLARACIÓN

¿PLANEA **ALGUIEN MÁS** EN LA CASA PRESENTAR UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES SOBRE LA RENTA EL PRÓXIMO AÑO O ALGUIEN MÁS SE DECLARARÁ COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE ALGUIEN MÁS EL PRÓXIMO AÑO? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO

SÍ NO

NOMBRE	
¿PRESENTARÁ UNA DECLARACIÓN CONJUNTA CON UN CÓNYUGE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DEL CÓNYUGE
¿DECLARARÁ A ALGÚN DEPENDIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LISTE LOS NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES
¿SE DECLARARÁ COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE LA DECLARACIÓN

NOMBRE	
¿PRESENTARÁ UNA DECLARACIÓN CONJUNTA CON UN CÓNYUGE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DEL CÓNYUGE
¿DECLARARÁ A ALGÚN DEPENDIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LISTE LOS NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES
¿SE DECLARARÁ COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE LA DECLARACIÓN

NOMBRE	
¿PRESENTARÁ UNA DECLARACIÓN CONJUNTA CON UN CÓNYUGE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DEL CÓNYUGE
¿DECLARARÁ A ALGÚN DEPENDIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LISTE LOS NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES
¿SE DECLARARÁ COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE LA DECLARACIÓN

8. Información sobre los padres que no están en la casa

¿TIENE ALGÚN MENOR EN ESTA SOLICITUD UN PADRE QUE VIVA FUERA DE LA CASA? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS ABAJO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	NOMBRE DE LOS MENORES
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	NOMBRE DE LOS MENORES
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	NOMBRE DE LOS MENORES
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	NOMBRE DE LOS MENORES

9. Otros padres con niños que viven en la casa

ADEMÁS DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿HAY OTROS PADRES CON NIÑOS QUE VIVAN EN LA CASA? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS ABAJO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	NOMBRE DE LOS MENORES
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	NOMBRE DE LOS MENORES
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	NOMBRE DE LOS MENORES
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	NOMBRE DE LOS MENORES

10. Embarazo (Si esta solicitando Asistencia Medica)

¿HAY ALGUIEN EMBARAZADA EN LA CASA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
NOMBRE	FECHA PREVISTA DEL PARTO	NÚMERO DE BEBÉS ESPERADOS

11. Trabajadores agrícolas migrantes o estacionales

¿ES ALGUIEN EN LA CASA UN TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE O ESTACIONAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRES	

12. Antecedentes penales

¿ESTÁ USTED O ALGUIEN EN LA CASA ESCONDÉNDOSE O HUYENDO DE LA LEY?

- PARA EVITAR UN PROCESO PENAL O UN PROCESAMIENTO POR DELITOS GRAVES
- PARA EVITAR SER DETENIDO O IR A LA CÁRCEL POR UN DELITO GRAVE O UN INTENTO DE DELITO GRAVE
- VIOLACIÓN DE LA LIBERTAD CONDICIONAL O PROVISIONAL

SÍ NO

NOMBRES

¿HA SIDO CONDENADO ALGUIEN EN LA CASA POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DESPUÉS DEL 22 DE SEPTIEMBRE DE 1996?

- RECIBIR FRAUDULENTAMENTE BENEFICIOS DUPLICADOS DE SNAP, TANF, MÉDICOS O DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI) EN CUALQUIER ESTADO;
- COMPRAR O VENDER BENEFICIOS SNAP DE \$500 O MÁS; INTERCAMBIAR BENEFICIOS SNAP POR ARMAS, MUNICIONES, EXPLOSIVOS O DROGAS

SÍ NO

NOMBRES

¿HA SIDO CONDENADO ALGUIEN EN LA CASA POR UN DELITO GRAVE DESPUÉS DEL 7 DE FEBRERO DE 2014 Y NO CUMPLE CON LOS TÉRMINOS DE SU SENTENCIA O LIBERTAD CONDICIONAL?

SÍ NO

NOMBRES

ESTADO DONDE LO CONDENARON

13. Actividades de la vida diaria (Si esta solicitando Asistencia Medica)

¿TIENE ALGUIEN EN LA CASA CONDICIONES QUE CAUSEN LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS (COMO BAÑARSE, VESTIRSE, CUIDADO PERSONAL, ETC.)? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LISTE LOS NOMBRES ABAJO.

SÍ NO

NOMBRES

14. Instituciones

¿ESTÁ USTED O ALGUIEN EN LA CASA VIVIENDO ACTUALMENTE EN UNA INSTITUCIÓN? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LISTE LOS NOMBRES ABAJO. *UNA INSTITUCIÓN ES UNA INSTALACIÓN QUE LE DA AL MENOS EL 50% DE LAS COMIDAS, COMO UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE ALCOHOL/DROGAS, UN ALBERGUE PARA PERSONAS SIN CASA, UN ALBERGUE PARA MUJERES GOLPEADAS, UNA PRISIÓN, ETC.)*

SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA EN LA INSTITUCIÓN

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

TIPO DE INSTITUCIÓN

FECHA EN LA QUE ENTRÓ

CANTIDAD FACTURADA

15. Asistencia en otros estados

¿HAY OTROS ESTADOS/TERRITORIOS DONDE USTED O ALGUIEN EN LA CASA, INCLUYENDO MENORES, HAYA RECIBIDO ASISTENCIA ALIMENTARIA, MÉDICA O EN EFECTIVO? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO

SÍ NO

NOMBRE	TIPO DE BENEFICIO	ESTADO/TERRITORIO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN

16. Productos básicos tribales

¿RECIBE USTED O ALGUIEN EN LA CASA, PRODUCTOS BÁSICOS TRIBALES? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LISTE LOS NOMBRES ABAJO.

SÍ NO

NOMBRES

17. Descalificaciones

¿ESTÁ USTED O ALGUIEN EN LA CASA, DESCALIFICADO PARA RECIBIR PRODUCTOS SNAP O TRIBALES POR UNA INFRACCIÓN INTENCIONAL DEL PROGRAMA? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LISTE LOS NOMBRES ABAJO.

SÍ NO

NOMBRES

18. Información de Medicare (Si esta solicitando Asistencia Medica)

¿TIENE USTED O ALGUIEN EN LA CASA MEDICARE? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO

SÍ NO

	USTED	CÓNYUGE
TIPO DE PLAN	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B <input type="checkbox"/> PARTE C <input type="checkbox"/> PARTE D	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B <input type="checkbox"/> PARTE C <input type="checkbox"/> PARTE D
NOMBRE DEL PLAN DE LA PARTE D (SI CORRESPONDE)		
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE		

19. Ingresos de fuentes distintas al empleo

¿RECIBE USTED O ALGUIEN EN LA CASA, INCLUYENDO MENORES, DINERO DE FUENTES DISTINTAS AL TRABAJO?

*ALGUNOS EJEMPLOS INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

- SEGURO SOCIAL
- SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SSI)
- CUENTAS DE JUBILACIÓN
- FONDOS DE PENSIÓN
- MANUTENCIÓN INFANTIL
- PENSIÓN ALIMENTICIA
- COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES
- DESEMPLEO
- BENEFICIOS PARA VETERANOS
- INGRESOS DE ALQUILER
- ANUALIDADES
- FIDEICOMISOS
- REGALÍAS
- OTRAS FUENTES

SÍ NO

NOMBRE	TIPO DE INGRESO	CANTIDAD	FRECUENCIA
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

* Debe presentar un comprobante de cualquier ingreso mencionado arriba. Esto puede incluir cartas de concesión, declaraciones de beneficios, contratos de alquiler, etc.

20. Ingresos por empleo

¿TIENE USTED O ALGUIEN EN LA CASA, INCLUYENDO MENORES, INGRESOS POR EMPLEO O ESPERA EMPEZAR UN TRABAJO? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", LISTE TODOS LOS INGRESOS POR EMPLEO ABAJO Y ENTREGUE COMPROBANTES DE INGRESOS DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.

SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA		NOMBRE DEL EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> ESTACIONAL		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA		
SALARIOS/PROPINAS (ANTES DE IMPUESTOS)		¿CON QUÉ FRECUENCIA? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA		

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA		NOMBRE DEL EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> ESTACIONAL		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA		
SALARIOS/PROPINAS (ANTES DE IMPUESTOS)		¿CON QUÉ FRECUENCIA? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA		

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA		NOMBRE DEL EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> ESTACIONAL		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA		
SALARIOS/PROPINAS (ANTES DE IMPUESTOS)		¿CON QUÉ FRECUENCIA? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA		

21. Empleo que terminó

¿TIENE USTED O ALGUIEN EN LA CASA INGRESOS POR TRABAJO QUE HAYAN TERMINADO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO Y PRESENTE EL COMPROBANTE DE SU CHEQUE FINAL.

SÍ NO

NOMBRE	EMPLEADOR
ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO	FECHA DEL CHEQUE FINAL
RAZÓN POR LA QUE DEJÓ DE TRABAJAR	

22. Participación en huelgas

¿ESTÁ USTED O ALGUIEN EN LA CASA EN HUELGA ACTUALMENTE? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO Y PRESENTE EL COMPROBANTE DE SU CHEQUE FINAL.

SÍ NO

NOMBRE	EMPLEADOR
ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO	FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE

23. Discapacidad para el trabajo

¿NO PUEDE USTED O ALGUIEN EN LA CASA TRABAJAR POR UN PROBLEMA MÉDICO?

SÍ NO

NOMBRE	¿APLICÓ PARA SSDI/SSI/VA/COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES?	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA LA FECHA EN LA QUE APLICÓ
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

24. Trabajo independiente

¿ES USTED O ALGUIEN EN LA CASA TRABAJADOR INDEPENDIENTE O HACE TRABAJOS OCASIONALES A CAMBIO DE DINERO?

SÍ NO

NOMBRE DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	NOMBRE DEL NEGOCIO
INGRESOS MENSUALES	GASTOS MENSUALES

25. Ganancias de juegos de azar y lotería

¿HA RECIBIDO USTED O ALGUIEN EN LA CASA GANANCIAS POR JUEGOS DE AZAR O LOTERÍA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO.

SÍ NO

NOMBRE	FECHA DE RECEPCIÓN	CANTIDAD DE LAS GANANCIAS	SALDO A LA FECHA

26. Vehículos

¿ES USTED O ALGUIEN EN LA CASA, INCLUYENDO MENORES, PROPIETARIO O COPROPIETARIO DE AUTOS, CAMIONETAS, BOTES U OTROS VEHÍCULOS RECREATIVOS?

SÍ NO

NOMBRE DEL PROPIETARIO	MARCA/MODELO	AÑO	VALOR	CANTIDAD DEBIDA	ALQUILADO
			\$	\$	<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 SE LISTA MÁS DE UN VEHICULO ARRIBA, ¿CUÁL USA COMO SU MÉTODO PRINCIPAL DE TRANSPORTE?

27. Bienes inmuebles

ADEMÁS DE LA CASA DONDE VIVE, ¿ES USTED O ALGUIEN EN LA CASA, PROPIETARIO/COPROPIETARIO DE ALGÚN TERRENO, EDIFICIOS O CASAS (INCLUYENDO CASAS MÓVILES)?

SÍ NO

NOMBRE DEL PROPIETARIO		VALOR		CANTIDAD DEBIDA	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	
				CÓDIGO POSTAL	
¿ESTÁ ESTA PROPIEDAD EN VENTA O ALQUILER?			SI SE ALQUILA, ¿GENERA INGRESOS ESTA PROPIEDAD?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

28. Recursos

¿TIENE USTED O ALGUIEN EN LA CASA, INCLUYENDO MENORES, RECURSOS? ALGUNOS EJEMPLOS DE RECURSOS INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

- EFECTIVO
- CUENTAS DE CHEQUES/AHORROS
(*INCLUYENDO CUENTAS COMPARTIDAS*)
- CERTIFICADOS DE DEPÓSITOS
- CAJAS DE SEGURIDAD
- CUENTAS DE JUBILACIÓN
- ACCIONES/BONOS/FONDOS MUTUOS
- TARJETAS DIRECT EXPRESS/DE NÓMINA
- BONOS DEL GOBIERNO
- ANUALIDADES
- CRIPTOMONEDAS
- PARCELAS DE ENTIERRO
- PLANES FUNERARIOS
- FIDEICOMISOS
- PATRIMONIO VITALICIO
- DERECHOS DE PROPIEDAD
- OTROS ARTÍCULOS DE VALOR

SÍ NO

TIPO DE RECURSO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR	NOMBRE DEL BANCO, INSTITUCIÓN FINANCIERA, ETC.
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

29. Seguro de vida

¿TIENE USTED O SU CÓNYUGE ALGUNA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA?

SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		NOMBRE DEL PROPIETARIO DE LA PÓLIZA			
FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL		VALOR EN EFECTIVO		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			NÚMERO DE PÓLIZA		
DIRECCIÓN	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		NOMBRE DEL PROPIETARIO DE LA PÓLIZA			
FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL		VALOR EN EFECTIVO		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			NÚMERO DE PÓLIZA		
DIRECCIÓN	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

30. Seguro médico privado (Si esta solicitando Asistencia Medica)

¿TIENE USTED O SU CÓNYUGE SEGURO MÉDICO PRIVADO O SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE?

SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿DE CUÁNTO ES LA PRIMA?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA LA PRIMA? <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL	TIPO DE COBERTURA (MEDIGAP, RX, ETC.)	
¿OBTIENE ESTE SEGURO DE UN EMPLEADOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DEL EMPLEADOR		

31. Historia de seguro médico (Si esta solicitando Asistencia Medica)

¿ALGÚN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE SOLICITA ASISTENCIA MÉDICA HA DEJADO LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO.

SÍ NO

NOMBRE	MOTIVO

32. Traspasos de recursos

¿HA VENDIDO, INTERCAMBIADO O REGALADO ALGO DE VALOR USTED O ALGUIEN EN LA CASA (P. EJ., DINERO, TERRENOS, VEHÍCULOS O EDIFICIOS) EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO.

SÍ NO

NOMBRE	FECHA DEL TRASPASO	¿CUÁNDO SE TRASPASÓ?	VALOR

33. Gastos de albergues

¿PAGA USTED O ALGUIEN EN LA CASA GASTOS DE ALBERGUE? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO Y PRESENTE EL COMPROBANTE DEL GASTO.

SÍ NO

TIPO	CANTIDAD POR MES	PROPIETARIO/NOMBRE DEL BANCO Y TELÉFONO	ASISTENCIA PARA EL ALQUILER/SUBVENCIONES
ALQUILER			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ALQUILER DEL LOTE			
HIPOTECA			
IMPUESTOS DE LA PROPIEDAD			
SEGURO DEL PROPIETARIO			
TARIFAS DEL CONDOMINIO			

34. Gastos de servicios públicos

¿PAGA USTED O ALGUIEN EN LA CASA LOS GASTOS DE SERVICIOS PÚBLICOS? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO Y PRESENTE EL COMPROBANTE DEL GASTO.

SÍ NO

CALEFACCIÓN ELÉCTRICA GAS PROPANO ACEITE COMBUSTIBLE MADERA COMBUSTIBLE

AIRE ACONDICIONADO BASURA AGUA ELECTRICIDAD

ALCANTARILLADO TELÉFONO COMBUSTIBLE DE COCINA TODOS LOS ANTERIORES

¿HA RECIBIDO USTED O ALGUIEN EN LA CASA ASISTENCIA ENERGÉTICA (LIEAP) O ASISTENCIA ENERGÉTICA TRIBAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

SÍ NO

35. Gastos médicos

¿TIENE GASTOS MÉDICOS ALGUIEN QUE TIENE UNA DISCAPACIDAD O ES MAYOR DE 60 AÑOS? ALGUNOS EJEMPLOS INCLUYEN FACTURAS DE MÉDICOS, MEDICAMENTOS CON RECETA, ANTEOJOS, TRANSPORTE, PRIMAS DE SEGURO, FACTURAS DEL DENTISTA, ETC. SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO.

SÍ NO

NOMBRE	CUÁNTO POR MES	A QUIÉN	FRECUENCIA DE FACTURACIÓN
			<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA
			<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA

36. Gastos de manutención infantil y pensión alimenticia

¿ALGUIEN EN LA CASA PAGA MANUTENCIÓN INFANTIL O PENSIÓN ALIMENTICIA ORDENADA POR EL TRIBUNAL A OTRO GRUPO FAMILIAR? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO Y PRESENTE EL COMPROBANTE DE LA CANTIDAD PAGADA.

SÍ NO

NOMBRE	CUÁNTO POR MES	A QUIÉN	FRECUENCIA DE FACTURACIÓN
			<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA
			<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA

37. Gastos de atención a dependientes

¿ALGUIEN EN LA CASA PAGA POR CUIDADO INFANTIL O DE ADULTOS PARA PODER TRABAJAR, BUSCAR TRABAJO O IR A LA ESCUELA? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO Y PRESENTE EL COMPROBANTE DE LA CANTIDAD PAGADA.

SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO	CANTIDAD PAGADA	FRECUENCIA DE FACTURACIÓN	PROVEEDOR
		<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA	

¿RECIBE ALGUNA DE LAS PERSONAS LISTADAS ARRIBA ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO

SÍ NO

NOMBRES

38. Gastos del beneficiario o tutor

¿PAGA ALGUIEN EN LA CASA POR LOS SERVICIOS DEL BENEFICIARIO O DE UN TUTOR LEGAL? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO Y PRESENTE EL COMPROBANTE DE LA CANTIDAD PAGADA.

SÍ NO

NOMBRE	CANTIDAD PAGADA	FRECUENCIA DE FACTURACIÓN	PROVEEDOR
		<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA	

39. Gastos deducibles de impuestos (Si esta solicitando Asistencia Medica)

¿PAGA ALGUIEN EN LA CASA POR CIERTAS COSAS QUE SE PUEDEN DEDUCIR EN UNA DECLARACIÓN FEDERAL DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA (P. EJ., INTERESES DE PRÉSTAMOS ESTUDIANTILES O CONTRIBUCIONES TRADICIONALES A LA IRA)? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO Y PRESENTE EL COMPROBANTE DE LA CANTIDAD PAGADA.

SÍ NO

NOMBRE	CANTIDAD PAGADA	FRECUENCIA DE FACTURACIÓN	TIPO DE GASTO
		<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA	
		<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRA	

40. Ayuda para pagar gastos

¿RECIBE USTED O ALGUIEN EN LA CASA AYUDA PARA PAGAR GASTOS? SI LA RESPUESTA ES "SI", COMPLETE ABAJO. *INCLUYA LA AYUDA QUE RECIBA DE CUALQUIER AGENCIA, ORGANIZACIÓN O PERSONA PARA PAGAR SUS GASTOS DEL GRUPO FAMILIAR.*

SÍ NO

QUÉ GASTO SE PAGÓ	NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA

41. Crianza temporal (Si esta solicitando Asistencia Medica)

¿ESTUVO USTED O ALGUIEN EN LA CASA EN CRIANZA TEMPORAL PATROCINADA POR EL ESTADO A LOS 18 AÑOS? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE ABAJO.

SÍ NO

NOMBRE	ESTADO

Declaración de entendimiento

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Como receptor de ayuda económica federal y agencia gubernamental estatal o local, el Departamento de Servicios Sociales no excluye, niega beneficios ni discrimina de otro modo a ninguna persona por motivos de raza, color o país de origen, o por motivos de discapacidad o edad en la admisión o acceso a, o tratamiento o empleo en, sus programas, actividades o servicios, ya sea organizados por el Departamento de Servicios Sociales directamente o con un contratista o cualquier otra entidad con la que el Departamento de Servicios Sociales organice sus programas y actividades; o por motivos de raza, color, religión, país de origen, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad real o percibida en la admisión o acceso a, o tratamiento o empleo en, sus programas, actividades o servicios cuando los organiza el Departamento de Servicios Sociales directamente o cuando los hagan subreceptores de subvenciones que emite el Departamento de Justicia (Department of Justice) de Estados Unidos, Oficina de Violencia contra la Mujer.

El Departamento de Servicios Sociales:

- Da ayudas y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si cree que el DSS no le dio estos servicios o lo discriminó de otro modo por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación o queja formal por discriminación a: Discrimination Coordinator, Director of DSS Division of Legal Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501. Teléfono: (605) 773-3305, Fax: (605) 773-7223, DSSInfo@state.sd.us. Puede presentar una reclamación o queja formal por discriminación en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación o queja formal por discriminación, el Coordinador de Discriminación, Director de la División de Servicios Legales (Division of Legal Services) del DSS, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), electrónicamente en el Portal de reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Esta declaración es conforme a las disposiciones del Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973, el Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, el Acta de Discriminación por Edad de 1975 y las reglamentaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. emitida de conformidad con estos estatutos en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Partes 80, 84 y 91, y el 28 del CFR Parte 35, la Ley Ómnibus de Control del Crimen y Calles Seguras de 1968, Título IX de las Enmiendas de educación de 1972, Equal Treatment for Faith-based Religions (Igualdad de trato para las religiones basadas en la fe) en el 28 del CFR Parte 38, la reautorización en 2013 de la Ley de Violencia Contra las Mujeres y la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA

Según la ley federal de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluyendo la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa podría estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA en el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una reclamación por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, formulario de reclamación por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el teléfono del demandante y una descripción de la supuesta acción discriminatoria con suficientes explicaciones para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) de la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o carta debe enviarse a:

(1) correo: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; O

(2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Inscribirse para votar (opcional)

Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le dará esta agencia.

SÍ NO Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí hoy?

Si no marca ninguna de las casillas, se considerará que ha decidido NO registrarse para votar en este momento.

(No marcar ninguna de las casillas se considera una negativa a registrarse a los efectos de recibir asistencia en el registro, pero no se considera una negativa por escrito a recibir una solicitud. Si no marca ninguna de las casillas, se le dará un formulario de registro de votantes que puede completar cuando más le convenga).

Si se registra para votar, la información de la oficina a la que se envió el formulario de registro de votantes será confidencial y se usará solo para fines de registro de los votantes. Si no se registra para votar, esta decisión será confidencial y se usará solo para fines de registro de los votantes. Si quiere ayuda para completar el formulario de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de registro de votantes en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad cuando decide si se registrará o para solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una reclamación a South Dakota Secretary of State, 500 E Capitol, Pierre SD 57501, (605) 773-3537.

Derechos y responsabilidades

- Acepto informar al Departamento de Servicios Sociales de SD cuando
 - los ingresos de mi grupo familiar excedan la cantidad máxima para el tamaño de mi grupo familiar, **o**
 - yo o uno de los miembros de mi grupo familiar seamos elegibles solo porque trabajamos 20 horas a la semana y el empleo termina o las horas disminuyen a menos de 20 horas a la semana; **o**
 - usted o uno de los miembros de su grupo familiar reciba ganancias de lotería o de juegos de azar de \$4,250 o más (antes de impuestos u otras deducciones). Las ganancias deben informarse en los 10 días siguientes a su recepción.
- Si recibo asistencia médica, acepto informar al Departamento de Servicios Sociales de SD si cambia el número de personas que viven conmigo o el estado de embarazo, si hay un cambio en los ingresos, cambios en el estado civil para efectos de la declaración de impuestos o un cambio en el seguro.
- Entiendo que solicitando y aceptando la asistencia médica, asigno cualquier ganancia o cualquier otro apoyo de terceros, para cada persona para quien se solicitó cobertura médica, al Departamento de Servicios Sociales de SD.
- Entiendo que si alguno de los menores en esta solicitud tiene un padre/madre que vive fuera de la casa, se me pedirá que coopere con la agencia que cobra manutención médica de un padre/madre que no vive en la casa. Si creo que cooperar para cobrar manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo comunicárselo a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.
- Entiendo que si alguno de mis hijos en esta solicitud tiene un padre/madre que vive fuera de la casa, se me pedirá que coopere con la agencia que cobra manutención infantil de un padre/madre que no vive en la casa para la elegibilidad del SNAP y la TANF. Si no coopero, entiendo que no seré elegible para recibir beneficios de la TANF o del SNAP. Si creo que cooperar para cobrar manutención infantil me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo comunicárselo a mi especialista en beneficios y es posible que no tenga que cooperar.
- Entiendo que tengo derecho a apelar si mi solicitud del SNAP o de la TANF no recibe respuesta en un plazo de 30 días o si la Ayuda económica no responde a mi solicitud médica en un plazo de 45 días.
- Entiendo que tengo derecho a apelar en un plazo de 90 días si no estoy de acuerdo con alguna acción tomada sobre mis beneficios del SNAP. También entiendo que tengo derecho a apelar en un plazo de 30 días si no estoy de acuerdo con alguna decisión tomada sobre mi solicitud de la TANF o asistencia médica.
- Las leyes y reglamentaciones federales y estatales limitan el uso y la revelación de información médica confidencial o protegida sobre solicitantes y beneficiarios de los programas de asistencia.
- Se deben dar los números de seguro social de todos los miembros que soliciten o reciban asistencia. (Ley Pública 104-193 que rige la TANF, autorizada bajo la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 modificada mediante la Ley Pública 110-246 y las ARSD 67.46:01:12 que rigen la asistencia médica): Las personas que solicitan asistencia pueden pedir ayuda para obtener números de seguro social. Los números de seguro social no se compartirán con inmigración federal. Los números de seguro social y toda otra información entregada se usarán o revelarán para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios, evitar la participación duplicada, verificar la exactitud de la información dada, verificar mediante coincidencias cruzadas por computadora con otras agencias federales y estatales (Departamento de Trabajo [Department of Labor], Seguro Social, Servicio de Impuestos Internos, etc.) cuando se encuentre una discrepancia, ayudar en el cobro de sobrepagos de beneficios, usados para el cumplimiento y la gestión del programa y detener a las personas que huyen para evitar la ley, si así se solicita.

Sanciones

Si hace lo siguiente...	Entonces...
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocultar información o hacer declaraciones falsas. ▪ Usar los beneficios del SNAP que pertenecen a alguien más. ▪ Usar los beneficios del SNAP para comprar alcohol o tabaco. ▪ Intercambiar o vender beneficios del SNAP, las tarjetas EBT de Dakota del Sur o comprar comestibles con los beneficios del SNAP. 	Perderá los beneficios del SNAP o de la TANF por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 meses para el primer delito ▪ 24 meses para el segundo delito ▪ Permanentemente para el tercer delito ▪ Se lo podría remitir para un proceso penal.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intercambiar los beneficios del SNAP por sustancias controladas como drogas. 	Perderá los beneficios del SNAP por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 24 meses para el primer delito ▪ Permanentemente para el segundo delito
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intercambiar los beneficios del SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos. ▪ Intercambiar, comprar o vender los beneficios del SNAP por \$500 o más. 	Perderá los beneficios del SNAP permanentemente.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar información falsa cuando aplica para recibir asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo multarán con hasta \$1,000 o sentenciarán hasta por 12 meses en la prisión del condado, o ambas, si lo condenan por un delito menor. ▪ Lo multarán con hasta \$2,000 o sentenciarán hasta por 2 años en prisión, o ambas, si lo condenan por un delito grave.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar información falsa sobre la identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios del SNAP simultáneamente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perderá los beneficios del SNAP por 10 años.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar información falsa que afecte la elegibilidad para asistencia médica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perderá la asistencia médica por hasta un año. ▪ Lo multarán con hasta \$5,000 o sentenciarán hasta por 5 años en prisión, o ambas, si lo condenan.

También lo pueden multar con hasta \$250,000 o sentenciar a prisión hasta por 20 años, o ambas, por hacer estas cosas. También se le podrían cobrar otros programas federales o estatales y se le podría ordenar que reembolse el costo de esa asistencia. También se le puede prohibir recibir el SNAP durante 18 meses adicionales si así lo ordena el tribunal. También se le puede acusar de perjurio.

Firmar y autorizar la solicitud (obligatorio)

Doy mi consentimiento para que cualquier persona, agencia o institución dé información al Departamento de Servicios Sociales, sobre mí o mi grupo familiar, y para permitir la inspección y copia de registros sobre mí o mi grupo familiar por parte de cualquier representante del departamento.

Autorizo que el departamento revele información a proveedores y agencias estatales o federales.

Libero a cualquier persona, agencia o institución de cualquier responsabilidad hacia mí o mi grupo familiar por dar dicha información.

Este consentimiento se da solo para uso del departamento en la gestión de sus programas de beneficios.

Entiendo que la información en este formulario está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar que la información en esta solicitud sea correcta y completa, incluyendo la ciudadanía y el estado de extranjero de los miembros que solicitan beneficios. Si se determina que alguna información es incorrecta, los beneficios pueden reducirse o cancelarse y seré responsable de reembolsar los beneficios. Declaro y afirmo bajo pena de perjurio que he examinado esta solicitud y, a mi leal saber y entender, es verdadera y correcta en todos sus aspectos. Entiendo que podría estar sujeto a un proceso penal por dar información incorrecta de forma intencional. He leído y entiendo la información legal y entiendo mis responsabilidades y acepto cumplirlas. Entiendo las sanciones por dar información falsa o violar las reglas de los programas de asistencia.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO



Autorización para dar/revelar información

Todos los miembros adultos del grupo familiar deben leer y firmar este formulario de Autorización para dar/revelar información. Se puede usar este formulario para ayudar a verificar la información que dé para procesar su solicitud. Si necesita copias adicionales de este formulario, comuníquese con su oficina local o descargue el formulario del sitio web en:

<https://dss.sd.gov/formsandpubs/docs/MEDELGBLTY/208AuthorizationReleaseInformation.pdf>

Nombre del caso:

A quien corresponda:

Doy mi consentimiento para que cualquier persona, agencia o institución dé información al Departamento de Servicios Sociales, sobre mí o mi grupo familiar, y para permitir la inspección y copia de registros sobre mí o mi grupo familiar por parte de cualquier representante del departamento.

Autorizo que el departamento revele información a proveedores y agencias estatales o federales.

Libero a cualquier persona, agencia o institución de cualquier responsabilidad hacia mí o mi grupo familiar por dar dicha información.

Este consentimiento se da solo para uso del departamento en la gestión de sus programas de beneficios.

Firma del solicitante/beneficiario

Fecha

Firma del cónyuge/tutor

Fecha

Firma de otro miembro adulto del grupo familiar

Fecha

Dirección

Ciudad/estado/código postal

Teléfono

Esta pagina se deajo en blanco
intencionalmente

Apéndice A: Miembros indios americanos o nativos de Alaska (AI/AN) del grupo familiar

Familiar indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un familiar es indio americano o nativo de Alaska y solicita asistencia médica.

Cuéntenos sobre sus familiares indios americanos o nativos de Alaska.

Los indios americanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, programas médicos tribales o programas de salud indígena urbana. Es posible que tampoco tengan que pagar costos compartidos y podrían obtener períodos de inscripción mensuales especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la mayor ayuda posible.

	PERSONA 1 AI/AN	PERSONA 2 AI/AN	
1. Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre	Nombre	
	Segundo nombre	Segundo nombre	
	Apellido	Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", escriba el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", escriba el nombre de la tribu:	
3. ¿Ha obtenido esta persona alguna vez un servicio de los Servicios de Salud para Indígenas, un programa médico tribal o un programa de salud indígena urbana, o mediante una remisión de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿es elegible esta persona para obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, programas médicos tribales o programas de salud indígena urbana, o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿es elegible esta persona para obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, programas médicos tribales o programas de salud indígena urbana, o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Es posible que cierto dinero recibido no se cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Liste cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) informado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías. Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indio por el Departamento del Interior (Department of Interior) (incluyendo reservas y lugares que eran reservas). Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural.	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	
PERSONA 3 AI/AN	PERSONA 4 AI/AN	PERSONA 5 AI/AN	PERSONA 6 AI/AN
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", escriba el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", escriba el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", escriba el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", escriba el nombre de la tribu:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿es elegible esta persona para obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, programas médicos tribales o programas de salud indígena urbana, o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿es elegible esta persona para obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, programas médicos tribales o programas de salud indígena urbana, o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿es elegible esta persona para obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, programas médicos tribales o programas de salud indígena urbana, o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿es elegible esta persona para obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, programas médicos tribales o programas de salud indígena urbana, o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Esta pagina se deajo en blanco
intencionalmente

Recordatorios útiles de ayuda económica

¡GUARDE ESTA SECCIÓN PARA SUS REGISTROS!

Información para el SNAP:

- **Debe** informar al Departamento de Servicios Sociales (DSS) cuando:
 - los ingresos de su grupo familiar excedan la cantidad máxima para el tamaño de su grupo familiar, o
 - usted o uno de los miembros de su grupo familiar sean elegibles solo porque trabajan 20 horas a la semana y el empleo termina o las horas disminuyen a menos de 20 horas a la semana; o
 - usted o uno de los miembros de su grupo familiar reciba ganancias de lotería o de juegos de azar de \$4,250 o más (antes de impuestos u otras deducciones). Las ganancias deben informarse en los 10 días siguientes a su recepción.
- Si usted ha recibido ganancias de lotería o juegos de azar de \$4,250 o más, no será elegible para el SNAP de manera inmediata. No será elegible hasta que vuelva a alcanzar los límites de elegibilidad de ingresos y recursos permitidos.
- Si es elegible, tiene derecho a un beneficio del SNAP por mes. Si hace la solicitud después del día 15 del mes y se determina que es elegible, puede recibir los beneficios del primer y segundo mes al mismo tiempo.
- Si recibe la cantidad de beneficios incorrecta, tendrá que reembolsarlos.
- Su caso podría estar sujeto a una auditoría federal o estatal, ya sea que esté activo o no.
- No puede recibir beneficios y productos básicos del SNAP en el mismo mes a menos que los productos se distribuyan con el Senior Box Program.
- Si puede trabajar, pero no lo hace, es posible que solo sea elegible para recibir beneficios durante 3 meses de un período de 36 meses, a menos que viva con un hijo dependiente menor de 18 años o se cumplan otros criterios de exención.
- Si puede trabajar, debe registrarse para trabajar y cooperar con los requisitos de registro laboral. No cooperar dará como resultado la descalificación. Renunciar a un trabajo o reducir voluntariamente las horas de trabajo, sin un motivo justificado, también podría dar como resultado la descalificación.
- Puede gastar los beneficios del SNAP, como dinero en efectivo, en tiendas autorizadas para comprar alimentos y plantas de jardín comestibles o semillas para cultivar alimentos para comer. No puede comprar alcohol, tabaco, vitaminas, medicamentos, alimentos para animales, productos de papel ni alimentos calientes preparados para consumo inmediato con sus beneficios del SNAP.
- No se le permite pagar alimentos comprados a crédito con beneficios del SNAP. Si lo hace, podría perder los beneficios.
- La tarjeta EBT de SD, los beneficios o los alimentos comprados con la tarjeta EBT de SD no se pueden vender ni intercambiar. **Es contra la ley.** Si los beneficios o alimentos comprados con los beneficios del SNAP se venden o intercambian, se investigará y, si se lo declara culpable, se implementará una descalificación de 12 meses, 24 meses o permanente para el SNAP y será necesario pagar la cantidad de cualquier beneficio mal usado. También se puede remitir a las personas a un proceso penal que podría resultar en una multa o ir a prisión.
- Una vez que haya recibido sus beneficios, podrá usarlos de inmediato. Le recomendamos usar su tarjeta EBT de Dakota del Sur (SD EBT) al menos una vez cada 30 días. Si su caso se cierra, aún puede usar los beneficios restantes en su cuenta por hasta 9 meses. Se puede usar la tarjeta en cualquier parte de Estados Unidos donde se acepte EBT.
- La tarjeta EBT de SD durará años. Es importante mantener la tarjeta EBT de SD en un lugar seguro. Si le roban, pierde o daña su tarjeta EBT de SD, debe llamar al servicio al cliente de EBT al **1-800-604-5099** para pedir un reemplazo. Se le enviará por correo una tarjeta de reemplazo en un plazo de 5 a 7 días. Asegúrese de que el DSS tenga su dirección de correo actual antes de pedir un reemplazo de la tarjeta EBT. Se investigará la solicitud de tarjetas de reemplazo de forma excesiva.
- Si cree que sus beneficios han sido usados de manera fraudulenta por robo o clonación de tarjetas u otros métodos fraudulentos similares, podría ser elegible para el reemplazo de beneficios. Debe comunicarse con su oficina local en los 30 días siguientes al descubrimiento del uso fraudulento.
- Los fondos tomados de la tarjeta EBT de SD deben ser por la cantidad exacta de la compra. No se le deben cobrar impuestos sobre las ventas por compras hechas con beneficios del SNAP.
- Si su caso del SNAP se cierra, su grupo familiar puede continuar siendo elegible para otra asistencia como la TANF o la médica.
- Una copia de su solicitud está disponible para usted en formato impreso o electrónico.

Información para la TANF:

- Debe informar al DSS cuando los ingresos de su grupo familiar excedan la cantidad máxima para el tamaño de su grupo familiar de su TANF.

Información para el SNAP y la TANF:

- La información reportada a su especialista en beneficios el primer día del mes o después no cambiará los beneficios hasta los siguientes meses de beneficios.
- Los menores que reciben beneficios del SNAP o de la TANF son elegibles automáticamente para el Programa Nacional de Almuerzos Escolares si se ofrece en la escuela a la que va el menor.
- Si es necesario, debe completar un formulario de informe en los seis meses siguientes a la solicitud.
- Sus beneficios del SNAP o la TANF pueden reducirse o suspenderse si no coopera con el programa de trabajo de la TANF.

Información para los programas médicos:

- Después de la aprobación, para **TODAS** las preguntas relacionadas con los servicios médicos cubiertos o problemas de facturación, llame al **1-800-597-1603**. También puede consultar el manual del beneficiario médico.
- Después de la aprobación médica, para cambiar su proveedor de atención primaria, puede llamar a su especialista en beneficios O puede ir a su oficina local del DSS para solicitar el cambio. Recuerde, su solicitud no entrará en vigor hasta el día 1 del mes siguiente.

Información general para todos los programas:

- Debe dar los números de seguro social (SSN) de todos los miembros del grupo familiar mayores de 6 meses si quiere beneficios para la persona. Para los bebés mayores de 7 meses sin un SSN debe presentar un comprobante de que se ha solicitado un SSN o el bebé no será elegible para recibir beneficios hasta que se dé el SSN o se reciba el comprobante de la solicitud.
- Todos los miembros adultos del grupo familiar deben leer y firmar una Autorización para dar/revelar información. Este formulario se incluye en la solicitud para que lo firmen el solicitante y el cónyuge. Si hay otros miembros adultos del grupo familiar, se darán formularios adicionales.
- Asegúrese de que tengamos su dirección de correo más reciente porque la Oficina postal **NO** reenvía el correo del Departamento de Servicios Sociales.
- Entiendo que debo informar a mi especialista en beneficios de si he sido condenado por una Infracción Intencional del Programa (IPV) para cualquier programa de beneficios, ya sea que la condena haya sido en Dakota del Sur o en cualquier otro estado.
- Entiendo que solo tengo que dar el estado migratorio de las personas que soliciten o reciban beneficios. Sin embargo, las personas aún deben responder preguntas y presentar verificación sobre ingresos y recursos que puedan afectar la elegibilidad y los beneficios. Se verificará el estado migratorio de una persona si solicita o recibe beneficios. El USCIS (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.) obtendrá la verificación.
- Entiendo que se me entregará un aviso por escrito explicando los beneficios que obtendré. Si se niegan, cambian o suspenden los beneficios, la notificación escrita explicará el motivo.
- La información que usted dé y la información que obtenga el DSS por la comparación cruzada por computadora con otras agencias (Departamento de Trabajo y Regulación [Department of Labor and Regulation], Servicio de Impuestos Internos, Administración del Seguro Social, etc.), empleadores, fuentes económicas y terceros se usará y puede verificarse cuando se encuentren discrepancias.
- Si quiere apelar nuestra decisión de reducir, negar o cerrar beneficios, puede pedir una audiencia imparcial escribiendo a cualquier oficina del Departamento de Servicios Sociales o enviando su solicitud por escrito directamente a Office of Administrative Hearings, Kneip Building, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291. Solo para el SNAP, puede hacer su solicitud llamando a cualquier oficina local del Departamento de Servicios Sociales o a la Oficina de Audiencias Administrativas al 1-605-773-6851.