

Solicitud de asistencia económica

¿Qué es asistencia económica y cómo la solicito?

Los programas de asistencia económica ayudan a personas de bajos ingresos, familias, niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidades y ancianos proporcionando servicios médicos, nutricionales, financieros y de manejo clínico de casos.

Paso 1: responda todas las preguntas. Firme y escriba la fecha en la solicitud. Si necesita asistencia para completar este formulario o llevarlo a la oficina de Servicios Sociales, llame a su oficina local de Servicios Sociales y pida ayuda.

Paso 2: envíe su solicitud por correo, por fax o llévela a la oficina local de Servicios Sociales. Tiene derecho a presentar esta solicitud de inmediato; para ello, complétela con su nombre, dirección y firma en esta página. La fecha en que recibamos esta página inicia el plazo que tenemos para decidir sobre su elegibilidad para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o programas médicos.

Paso 3: entrevista. Proporcione comprobantes de ingresos y gastos. Si esta no es una nueva solicitud, solo necesitaremos la verificación de cualquier cambio. Se requiere una entrevista si presenta una solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF).

¿Necesita los servicios de un intérprete? (Los servicios de un intérprete se proporcionan sin ningún cargo) Sí No

Marque qué tipo de servicios de intérprete necesita Idioma (describa qué idioma) _____

Personas con discapacidades visuales o de la audición Otro (describa) _____

Cuéntenos sobre usted

Responda estas preguntas acerca de usted.

Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido		Número de Seguro Social	
Fecha de nacimiento		Número telefónico principal			Número telefónico secundario (opcional)		
Dirección			Número de apartamento			Condado (en el que vive)	
Ciudad		Estado	Código postal		Dirección de correo electrónico (opcional)		
Dirección postal (si es diferente a la dirección anterior)					¿Vive en una reserva indígena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Indicaciones para llegar a su hogar (si no tiene dirección)					¿Cuál es la mejor hora para comunicarnos con usted entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m.?		

¿Para qué programas presenta la solicitud? SNAP TANF Asistencia médica

¿Necesita una tarjeta EBT de Dakota del Sur? Sí No

Si elige "Sí" o deja el espacio en blanco, se le enviará una tarjeta EBT por correo postal, y su tarjeta anterior dejará de funcionar. Si elige "No", no recibirá una tarjeta EBT.

¿Cuándo recibiré asistencia?

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) dentro de los 7 días:

Debe completar toda la solicitud y tener una entrevista. Debe proporcionar una copia de su identificación, como licencia de conducir, recibos de pago o documentos de personas que no son ciudadanas. Recibirá los beneficios de SNAP (si es elegible) en un plazo de 7 días si queda comprendido en alguna de las siguientes categorías:

- Grupos familiares con ingresos mensuales brutos menores que \$150 y recursos de \$100 o menos; o
- Grupos familiares que pagan alquiler, hipoteca y servicios públicos por un monto superior a los ingresos y recursos mensuales brutos del grupo familiar; o
- Grupos familiares con un trabajador agrícola migrante o temporal con recursos (lo que incluye dinero en efectivo, cuentas de cheques y de ahorros) de \$100 o menos, cuyos ingresos se estén deteniendo o empezando.

Beneficios de SNAP dentro de los 30 días:

Recibirá los beneficios de SNAP dentro de los 30 días si usted es elegible. Si no es elegible, recibirá una carta de explicación.

Asistencia médica dentro de los 45 días:

Recibirá un aviso de la determinación de elegibilidad dentro de los 45 días después de que recibamos la solicitud para la mayoría de los programas médicos.

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) dentro de los 30 días:

Los beneficios se determinarán a partir de la fecha en que se reciba la solicitud firmada. (Una solicitud de TANF requiere otro formulario).

Si presenta una solicitud de asistencia médica para niños, su información y datos de SNAP se utilizarán para determinar la elegibilidad para recibir los beneficios de Medicaid del niño, a menos que nos solicite no hacerlo.

Certifico que entregaré al Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur (South Dakota Department of Social Services) toda la información necesaria para revisar mi solicitud de TANF, SNAP y programas médicos. Esta información será verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma:

Fecha de hoy:

(Firmar aquí iniciará su solicitud. También debe firmar la página 11 antes de que pueda recibir algún beneficio).

FOR AGENCY USE ONLY

Expedited: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Receipt Date	Case Number
Application: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Renewal		

DO YOU NEED INTERPRETER SERVICES?

1. **Español (Spanish)** - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-999-5612 (TTY: 711).
2. **Deutsch (German)** - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-999-5612 (TTY: 711).
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 (TTY : 711)
4. **unD (Karen)** - ymol.ymo;= erh>uwdRAunD usdmtCd< AerRM> Ausdmtw>rRpXRvXA wvXmbl.vXmphRA eDwrHRb.ohM. vDRIAud:1-877-999-5612 (TTY: 711).
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 (TTY: 711).
6. **नेपाली (Nepali)** - ध्यान ढदनुहोसः तपाइले नेपाल ढोल्नहन्छ भन तपाइको ढनिम्त भाषा सहायता सवाहरु ढनःशल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गनुहोसर् 1-877-999-5612 (ढटढटवाइः 711)
7. **Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)** - OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-877-999-5612 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
8. **አማርኛ (Amharic)** - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-877-999-5612 (መስማት ለተሳናቸው: 711).
9. Sudanic **Adamawa (Fulfulde)** MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-877-999-5612 (TTY: 711).
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 (TTY: 711).
11. **한국어 (Korean)** - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-999-5612 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
12. **Русский (Russian)** - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-999-5612 (телетайп: 711).
13. **Cushite Oroomiffa (Oromo)** - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-877-999-5612 (TTY: 711).
14. Український (Ukrainian) - УВАГА: Якщо ви говорите українською мовою, перекладацькі послуги, безкоштовно, доступні для вас. Телефонуйте. Телефонуйте 1-877-999-5612 (TTY: 711).
15. **Français (French)** - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-999-5612 (ATS : 711).

¿Puedo elegir a alguien que me ayude?

Puede elegir a un representante autorizado para que le ayude a completar su solicitud, le proporcione información en su entrevista y hable con su Especialista en beneficios en su nombre. Si desea tener un representante autorizado, infórmenos acerca de esta persona completando la siguiente información.

Nombre (del representante autorizado)	Dirección	Número de contacto	<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Programa médico
Nombre (del representante autorizado)	Dirección	Número de contacto	<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Programa médico

¿Quién vive en su hogar?

1. INDIQUE TODAS LAS PERSONAS DE SU HOGAR, incluso si no solicita asistencia para ellas.

- ▶ Completar la información sobre el Seguro Social y la ciudadanía es opcional para las personas que no solicitan asistencia.
- ▶ Completar la información de las secciones de lugar de nacimiento, estado civil, último grado de estudios completado, sexo, raza y origen étnico es opcional y no afectará su elegibilidad o nivel de beneficios. Si no completa la información sobre raza u origen étnico, nuestra oficina debe elegir la raza y el origen étnico para fines de recopilación de datos.
- ▶ Si solicita asistencia médica y es indígena estadounidense o nativo de Alaska, complete el **anexo A**.

*Códigos de estado civil: N: nunca se ha casado/soltero M: casado S: separado D: divorciado W: viudo/viuda

** Códigos de raza: W: blanca A: indígena estadounidense/nativo de Alaska B: negra H: hawaiana/isla del pacífico O: asiática

Encierre abajo el programa en un círculo	Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Relación con usted (cónyuge, hijo/hija, hermano, amigo, etc.)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento País de nacimiento	Sexo (encierre una opción en un círculo)	*Estado civil	**Raza	Ciudadano estadounidense	¿Esta persona prepara las comidas y come con usted?
						Último grado de estudios completado (escriba el último grado)	Origen étnico: (¿hispano o latino? Encierre en un círculo S o N)	(encierre una opción en un círculo)	
SNAP Atención médica TANF Ninguno		Usted mismo			M			Sí	
					F		S N	No	
SNAP Atención médica TANF Ninguno					M			Sí	S
					F		S N	No	N
SNAP Atención médica TANF Ninguno					M			Sí	S
					F		S N	No	N
SNAP Atención médica TANF Ninguno					M			Sí	S
					F		S N	No	N
SNAP Atención médica TANF Ninguno					M			Sí	S
					F		S N	No	N
SNAP Atención médica TANF Ninguno					M			Sí	S
					F		S N	No	N
SNAP Atención médica TANF Ninguno					M			Sí	S
					F		S N	No	N
SNAP Atención médica TANF Ninguno					M			Sí	S
					F		S N	No	N
SNAP Atención médica TANF Ninguno					M			Sí	S
					F		S N	No	N
SNAP Atención médica TANF Ninguno					M			Sí	S
					F		S N	No	N
SNAP Atención médica TANF Ninguno					M			Sí	S
					F		S N	No	N

Si hay más personas que vivan en su hogar, complete una página adicional

2. Sí No ¿Alguna persona del hogar utiliza otros nombres (nombres de soltera, alias, etc.)?

Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Miembro del grupo familiar	Otros nombres utilizados

3. Sí No Además de usted y su cónyuge, ¿hay otros padres con hijos que vivan en su hogar? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Padre o madre	Hijos	Padre o madre	Hijos

4. Sí No ¿Alguno de los hijos que figuran en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Padre o madre	Hijos	Padre o madre	Hijos

5. Sí No ¿Hay otros estados/territorios en donde usted o alguna persona del hogar, incluidos los hijos, haya recibido alimentos, seguro médico o asistencia en efectivo? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Ciudad/estado/territorio	Fechas	Condado	N.º de teléfono de la oficina	Nombre del trabajador

6. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar asiste a la escuela? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Nombre	Nombre de la escuela	Estado de inscripción	Fecha de graduación prevista	Si se trata de un internado, ¿viven allí?
		<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. Sí No ¿Vive usted o alguna persona del hogar actualmente en una institución? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

(Una institución es un centro que le proporciona, al menos, el 50 % de las comidas, como un centro de tratamiento de alcoholismo/drogadicción, un albergue para personas sin hogar, un albergue para mujeres golpeadas, una prisión, etc.)

Persona en el centro	Nombre del centro	Tipo de centro	Fecha en que ingresó al centro:	Monto facturado por residir en el centro: \$ _____
			____/____/____	<input type="checkbox"/> Solo habitación <input type="checkbox"/> Habitación y alimentación

8. Sí No ¿Usted o alguna persona que solicita beneficios recibe artículos de consumo tribales?

9. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar fue descalificado para recibir artículos de consumo tribales o SNAP debido a una violación intencional del programa?

10. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar está ocultándose o huyendo de la ley:

- para evitar una acusación o acusación por un delito mayor?
- para evitar que lo detengan o encarcelen por un delito o intento de delito?
- o por violar su libertad condicional o período de prueba?

Si la respuesta es "sí", escriba el/los nombre/s _____

11. Sí No ¿Alguna persona del hogar ha sido condenada por alguno de los siguientes motivos después del 22 de septiembre de 1996?

- Recibir de forma fraudulenta beneficios duplicados de SNAP, TANF, seguro médico o Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) en cualquier estado.
- Comprar o vender beneficios de SNAP de \$500 o más.
- Intercambiar beneficios de SNAP por armas, municiones, explosivos o drogas.

Si la respuesta es "sí", escriba el/los nombre/s _____

12. Sí No Si solicita TANF, ¿alguna persona ha sido condenada por un delito de posesión, uso o distribución de una droga controlada después del 22 de agosto de 1996?

Si la respuesta es "sí", escriba el/los nombre/s _____
Estado donde le condenaron: _____

¿Qué recursos tienen los miembros de su grupo familiar?

13. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar, incluidos los hijos, son propietarios o copropietarios de carros, camiones, barcos, casas rodantes, motocicletas, remolques o vehículos todo terreno? Incluya todos los vehículos registrados a su nombre.
Si la respuesta es “sí”, complete lo siguiente:

Propietario/ copropietario	Año	Marca (Ford, Chevy, GMC, etc.)	Modelo (Taurus, Blazer, etc.)	Monto adeudado	Valor	¿Uso del vehículo? (trabajo, escuela, recreación, etc.)	¿Arrendado? (encierre una opción en un círculo)
				\$	\$		Sí No
				\$	\$		Sí No
				\$	\$		Sí No
				\$	\$		Sí No
				\$	\$		Sí No

14. Sí No Además de la casa en la que vive, ¿usted o alguna persona del hogar, incluidos los hijos, son propietarios o copropietarios de algún terreno, edificio o casa? Si la respuesta es “sí”, complete lo siguiente:

Propietario/copropietario	Tipo/ubicación	Valor	Monto adeudado	¿Para venta o alquiler?
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- 14a. Sí No Si esta propiedad es para alquiler, ¿produce ingresos?
(Si la respuesta es “sí”, asegúrese de incluir los ingresos en la pregunta n.º 19)

15. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar, incluidos los hijos, son titulares o cotitulares de alguno de los siguientes tipos de recursos? Si la respuesta es “sí”, complete lo siguiente:
Ejemplos: dinero en efectivo, cuentas de cheques, cuentas de ahorro, cooperativas de ahorro, tarjeta de Direct Express o de débito de nómina, acciones, bonos, certificados de depósitos, seguro de vida, fideicomisos, fondo indígena individual (Individual Indian Monies, IIM), fondos del mercado monetario, plan de compensación diferida, fondos para funeral, contratos de escrituras, cuenta individual de retiro (Individual Retirement Account, IRA), 401K, plan Keogh u otros artículos de valor.

Titular/cotitular	Tipo de recurso	Banco/ubicación	Número de cuenta	Valor/saldo
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

16. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar vendió, intercambió o entregó algo de valor en los últimos 3 meses? (dinero, propiedades, vehículos, edificios, casas, etc.) Si la respuesta es “sí”, complete lo siguiente:

Nombre	¿Qué se transfirió?	Fecha de la transferencia	Valor
			\$
			\$

¿Qué tipo de ingresos reciben los miembros de su grupo familiar?

17. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar, incluidos los hijos, posee ingresos de empleo o tiene previsto comenzar un empleo? Si la respuesta es "sí", incluya todos los ingresos de empleo y proporcione los comprobantes de los últimos 30 días:

¿Quién trabaja o empieza un nuevo empleo?	Nombre y dirección del empleador	Horas trabajadas por mes y salario por hora	Ingresos brutos recibidos en los últimos 30 días o que espera recibir	Propinas	¿Con qué frecuencia le pagan?	Fecha del siguiente cheque
		Horas trabajadas: _____ Salario por hora: _____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	
		Horas trabajadas: _____ Salario por hora: _____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	
		Horas trabajadas: _____ Salario por hora: _____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Otro _____	

18. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar tiene ingresos provenientes de Experience Works, la Ley de Oportunidad e Innovación en la Fuerza Laboral (Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA) o un programa de trabajo-estudio?

19. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar es empleado independiente o trabaja en empleos esporádicos para obtener dinero?

Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente y proporcione comprobantes: (para el empleo independiente, proporcione la última declaración de impuestos presentada o los libros contables mensuales)

Nombre	Tipo de trabajo	Ingresos por mes después de gastos
		\$ _____
		\$ _____

20. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar tiene ingresos de un trabajo que terminó en los últimos 60 días?

Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente y proporcione el comprobante de su último cheque:

Nombre	Empleador	Último día trabajado	Fecha del último cheque	Razón para dejar el trabajo

21. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar está actualmente en huelga?

Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente y proporcione el comprobante de su último cheque:

Nombre	Empleador	¿Cuándo empezó la huelga?	¿Fecha del último cheque?

22. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar es migrante o trabajador agrícola temporal?

23. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar está imposibilitado para trabajar debido a un problema de salud?

Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Nombre	¿Solicitó SSA/SSI/VA/compensación de los trabajadores?	Si la respuesta es "sí", indique la fecha de la solicitud.
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

24. Sí No ¿Alguna persona del hogar, incluidos los hijos, recibe o tiene previsto recibir ingresos que no provengan de un empleo? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente: *Ejemplos:*

manutención infantil, pensión alimenticia, Seguro Social, SSI, Complemento estatal de SSI, BIA/GA, TANF tribal, desempleo, jubilación, compensación de los trabajadores, beneficios de veteranos, pensiones, rentas vitalicias, dividendos, ingresos de alquileres, arrendamiento tribal o ingresos per cápita, premios, loterías ganadas, adopción/tutoría o subsidios por cuidado temporal, dinero de familia/amigos y cualquier otra fuente de ingresos no devengados.

Nombre	Fuente de ingresos	Monto bruto este mes
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____

25. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar paga gastos de albergue?
Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente y proporcione el comprobante de los gastos:

Alquiler	\$ _____ al mes	Asistencia de alquiler/vivienda subsidiada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si alquila, indique el nombre del propietario:		Teléfono:
Alquiler de lote	\$ _____ al mes	
Hipoteca	\$ _____ al mes	Impuestos sobre la propiedad \$ _____ al mes <small>(si no está incluido en la hipoteca)</small>
Seguro del propietario	\$ _____ al mes <small>(si no está incluido en la hipoteca)</small>	Cuotas del condominio \$ _____ al mes <small>(si no está incluido en la hipoteca)</small>

26. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar paga los gastos de servicios públicos?
Si la respuesta es "sí", marque la/s casilla/s junto al/los gasto/s del/de los que usted es responsable de pagar y proporcione el comprobante:

<input type="checkbox"/> Calefacción. Marque qué tipo de fuente de calefacción utiliza: <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Gasolina <input type="checkbox"/> Gas propano <input type="checkbox"/> Fueloil <input type="checkbox"/> Calefacción con leña: <small>si es calefacción con leña: <input type="checkbox"/> ¿compra la leña o <input type="checkbox"/> la corta?</small>		
<input type="checkbox"/> Aire acondicionado	<input type="checkbox"/> Basura	<input type="checkbox"/> Agua
<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Alcantarillado	<input type="checkbox"/> Teléfono
<input type="checkbox"/> Combustible para cocinar	<input type="checkbox"/> Todas las anteriores	

27. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar recibió asistencia para pagar la energía eléctrica (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos [Low-Income Energy Assistance Program, LIEAP]) o asistencia de energía tribal en los últimos 12 meses?

28. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar paga por cuidado infantil o cuidado de adultos para poder trabajar, buscar trabajo o asistir a la escuela? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente y proporcione el comprobante del monto facturado:

Nombre de la persona bajo cuidado	Monto facturado	Con qué frecuencia se factura	Proveedor	Recibe asistencia para el cuidado infantil
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Otra _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Otra _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Otra _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Otra _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

29. Sí No ¿Alguna persona del hogar paga manutención infantil/pensión alimenticia ordenada por un tribunal a otro grupo familiar?
Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente y proporcione el comprobante del monto pagado:

Nombre de la persona que paga	Monto que paga al mes	A quién le paga	Con qué frecuencia se factura
	\$ _____		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Otra _____
	\$ _____		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Otra _____

30. Sí No ¿Alguna persona con una discapacidad o mayor de 60 años paga costos médicos?
Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente y proporcione el comprobante de los gastos médicos: Incluya las facturas del médico y hospital, medicamentos con receta, prima dental, anteojos, transporte, primas del seguro médico/Medicare, etc.

Nombre	Monto por mes	Nombre	Monto por mes
	\$ _____		\$ _____
	\$ _____		\$ _____

31. Sí No ¿Alguna persona del hogar realiza pagos a un acreedor por servicios proporcionados?
Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Nombre	Monto por mes	Nombre	Monto por mes
	\$ _____		\$ _____

32. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar recibe ayuda para pagar los gastos? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:
(incluya la ayuda de cualquier agencia, organización o persona para pagar los gastos de su grupo familiar).

Qué gasto se pagó	Nombre de la persona que paga

¿Está solicitando asistencia médica?Responda las preguntas 33 a 44 solamente si desea recibir asistencia médica.

33. Sí No **¿Usted tiene previsto presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año o será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona el próximo año? Si la respuesta es “sí”, complete lo siguiente:**

¿Presentará usted la declaración de impuestos conjuntamente con un cónyuge/pareja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique el nombre del cónyuge/pareja:
¿Declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique los nombres de los dependientes:
¿Usted será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique el nombre de la persona que presentará la declaración de impuestos:
		¿De qué manera se relaciona con usted la persona que presentará la declaración de impuestos?

34. Sí No **¿Alguna otra persona del hogar tiene previsto presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año o será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona el próximo año?**

Si la respuesta es “sí”, complete lo siguiente: ** Recordatorio: Todos los ingresos de los hijos que se indican a continuación también se deben incluir en la pregunta n.º 17**

Nombre:		
¿Esta persona presentará la declaración de impuestos conjuntamente con un cónyuge/pareja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique el nombre del cónyuge/pareja:
¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique los nombres de los dependientes:
¿Esta persona será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique el nombre de la persona que presentará la declaración de impuestos:
		¿De qué manera se relaciona con la persona que presentará la declaración de impuestos?

Nombre:		
¿Esta persona presentará la declaración de impuestos conjuntamente con un cónyuge/pareja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique el nombre del cónyuge/pareja:
¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique los nombres de los dependientes:
¿Esta persona será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique el nombre de la persona que presentará la declaración de impuestos:
		¿De qué manera se relaciona con la persona que presentará la declaración de impuestos?

Nombre:		
¿Esta persona presentará la declaración de impuestos conjuntamente con un cónyuge/pareja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique el nombre del cónyuge/pareja:
¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique los nombres de los dependientes:
¿Esta persona será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es “sí”, indique el nombre de la persona que presentará la declaración de impuestos:
		¿De qué manera se relaciona con la persona que presentará la declaración de impuestos?

(N.º 34 continuación)

Nombre:		
¿Esta persona presentará la declaración de impuestos conjuntamente con un cónyuge/pareja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "sí", indique el nombre del cónyuge/pareja:
¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "sí", indique los nombres de los dependientes:
¿Esta persona será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la persona que presentará la declaración de impuestos:
		¿De qué manera se relaciona con la persona que presentará la declaración de impuestos?

Nombre:		
¿Esta persona presentará la declaración de impuestos conjuntamente con un cónyuge/pareja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "sí", indique el nombre del cónyuge/pareja:
¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "sí", indique los nombres de los dependientes:
¿Esta persona será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la persona que presentará la declaración de impuestos:
		¿De qué manera se relaciona con la persona que presentará la declaración de impuestos?

35. Sí No ¿Alguna persona paga determinados gastos que se puedan deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta?

Nombre:	<input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil <input type="checkbox"/> Otra deducción, describa el tipo:
	Monto \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
Nombre:	<input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil <input type="checkbox"/> Otra deducción, describa el tipo:
	Monto \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>

36. Sí No ¿Alguna persona del hogar está embarazada? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Nombre	Fecha de parto prevista	Cantidad de bebés que espera

37. Sí No ¿Alguna persona que solicite asistencia médica tiene facturas médicas sin pagar recibidas en los últimos 3 meses? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente y proporcione comprobantes de los ingresos para esos meses:

Nombre	Mes de la/s factura/s médica/s

38. Sí No ¿Algún miembro del hogar que solicita asistencia médica dejó de tener seguro médico colectivo en los últimos 3 meses?

39. Sí No ¿Usted o alguna persona del hogar tiene cobertura o es elegible para recibir cobertura en virtud del programa de seguro para empleados estatales de Dakota del Sur? Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____

40. Sí No ¿Alguna persona del hogar tiene cobertura de un seguro médico que no sea Medicaid/ Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP)?
Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Persona/s con cobertura	Titular de la póliza	Nombre y dirección de la compañía aseguradora	Marque el tipo de seguro	N.º de grupo N.º de póliza	Fecha de inicio/Fecha de finalización
			<input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Medicare B <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Medicare D <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otro		
			<input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Medicare B <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Medicare D <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otro		

*** Si alguna persona que figura en esta solicitud recibe una oferta para recibir cobertura de salud de un empleo, complete el anexo B.

41. Sí No ¿Algún miembro del grupo familiar que sea indígena de los Estados Unidos ha recibido/es elegible para recibir un servicio de parte de los Servicios de Salud Indígena (Indian Health Services, IHS), Salud Indígena Urbana u otro proveedor de atención médica tribal?

Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____

42. Sí No ¿Algún miembro del hogar estuvo bajo cuidado temporal financiado por el estado a los 18 años de edad?

Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____ ¿Qué estado? _____

43. Sí No ¿Alguna persona tiene afecciones que le causen limitaciones en las actividades diarias (como bañarse, vestirse, cuidado personal, etc.)? Si la respuesta es "sí", ¿quién?

44. Sí No ¿Alguna persona que presenta la solicitud para recibir asistencia médica es una persona que no es ciudadana con estado migratorio? Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Nombre	Tipo de documento migratorio	Número de identificación del documento	Fecha de vencimiento	¿Ha vivido en los EE. UU. desde 1996?	Estado militar de los EE. UU. de la persona, cónyuge o padre/madre
Número de extranjero				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Servicio activo/veterano <input type="checkbox"/> Ninguno
A				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Servicio activo/veterano <input type="checkbox"/> Ninguno
A				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Servicio activo/veterano <input type="checkbox"/> Ninguno
A				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Servicio activo/veterano <input type="checkbox"/> Ninguno
A				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Servicio activo/veterano <input type="checkbox"/> Ninguno

¿Le gustaría registrarse para votar?

Cualquier ciudadano en el estado de Dakota del Sur que cumpla con los requisitos de registro de votantes y solicite asistencia pública debe tener la oportunidad de registrarse para votar.

*****Si no responde la siguiente pregunta, significará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.*****

- Sí No Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿le gustaría presentar una solicitud hoy para registrarse para votar aquí?

Tenga en cuenta que la información y la oficina donde presentó la solicitud seguirán manteniéndose de forma confidencial y se usarán para propósitos de registro de votantes. Presentar una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia o servicios que pueda recibir del Departamento de Servicios Sociales. Si desea ayuda para completar el formulario de registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar la solicitud en privado.

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se registra, su derecho a presentar su solicitud para registrarse para votar o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: South Dakota Secretary of State, 500 E Capitol, Pierre SD 57501, (605) 773-3537.

Lea las siguientes secciones atentamente

- Acepto informar al Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur si:
 - los ingresos de mi grupo familiar exceden el monto máximo para el tamaño de mi grupo familiar; **y si**
 - yo o uno de los miembros de mi grupo familiar es elegible solo porque trabaja 20 horas a la semana y el empleo termina o disminuye a menos de 20 horas a la semana.
- Si recibo asistencia médica, acepto informar al Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur si cambia la cantidad de personas que vive conmigo o el estado de embarazo de alguna de ellas, o si hay cambios en los ingresos, el estado de presentación de impuestos o el seguro.
- Entiendo que, al solicitar y aceptar asistencia médica, cedo todos los ingresos o cualquier otro apoyo de terceros correspondiente a cada persona para quien se solicitó la cobertura médica al Departamento de Servicios Sociales.
- Comprendo que si alguno de mis hijos que figuran en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar, me solicitarán que coopere con la agencia que obtiene asistencia médica de un padre ausente. Si creo que mi cooperación para que se obtenga la asistencia médica perjudicará a mis hijos, puedo informar al respecto a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.
- Entiendo que si alguno de mis hijos que figuran en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar, me solicitarán que coopere con la agencia que obtiene la manutención infantil de un padre ausente para la elegibilidad de SNAP. Si no coopero, comprendo que no seré elegible para recibir los beneficios de SNAP. Si creo que mi cooperación para que se obtenga la manutención infantil me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo informar al respecto a la oficina de SNAP y es posible que no tenga que cooperar.
- Entiendo que tengo derecho a presentar una apelación si mi solicitud de SNAP o TANF no es respondida en un plazo de 30 días o si mi solicitud médica no es respondida en un plazo de 45 días por parte de la División de Asistencia Económica.
- Entiendo que tengo derecho a presentar una apelación en un plazo de 90 días si no estoy de acuerdo con cualquier medida tomada en relación con mis beneficios de SNAP. También entiendo que tengo derecho a presentar una apelación en un plazo de 30 días si no estoy de acuerdo con cualquier decisión tomada en relación con mi solicitud de TANF o asistencia médica.
- Las normas y leyes federales y estatales limitan el uso y la divulgación de la información de salud protegida o confidencial relacionada con los solicitantes y los beneficiarios de los programas de asistencia.
- Se deben proporcionar los números de Seguro Social de todos los miembros que soliciten o reciban asistencia. (Ley Pública 104-193 que rige TANF, autorizada en virtud de la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 [Food and Nutrition Act of 2008] según su modificación a través de la Ley Pública 110-246 y las Normas Administrativas de Dakota del Sur [Administrative Rules of South Dakota, ARSD] 67:46:01:12 que rigen la asistencia médica): Las personas que solicitan asistencia pueden solicitar ayuda para obtener los números de Seguro Social. Los números de Seguro Social no se compartirán con migración federal. Sin embargo, estos números y el resto de la información proporcionada se utilizarán o divulgarán para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios, evitar la participación duplicada, verificar la precisión de la información proporcionada a través de coincidencias cruzadas informáticas con otras agencias federales y estatales (Departamento de Trabajo [Department of Labor], Seguro Social, Servicio de Rentas Internas [Internal Revenue Service], etc.) cuando se encuentre una discrepancia, ayudar en el cobro de pagos de beneficios en exceso, utilizados para el cumplimiento y la gestión de programas, y aprehender personas que huyen para evitar la ley, si se solicita.

SANCIONES:

Si hace lo siguiente....	Usted...
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oculta información o hace declaraciones falsas ▪ Usa beneficios de SNAP que pertenecen a otra persona ▪ Usa beneficios de SNAP para comprar alcohol o tabaco ▪ Intercambia o vende beneficios de SNAP, tarjetas EBT de Dakota del Sur o comida comprada con los beneficios de SNAP 	Perderá los beneficios de SNAP o TANF: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante 12 meses por la primera falta ▪ Durante 24 meses por la segunda falta ▪ Permanentemente por la tercera falta ▪ Podría ser remitido a una acusación penal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intercambia los beneficios de SNAP por sustancias controladas como drogas 	Perderá los beneficios de SNAP: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durante 24 meses por la primera falta ▪ Permanentemente por la segunda falta
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intercambia los beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos ▪ Intercambia, compra o vende beneficios de SNAP de \$500 o más 	Perderá los beneficios de SNAP permanentemente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporciona información falsa al solicitar o recibir asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibirá una multa de hasta \$1000 o será sentenciado a hasta 12 meses en una prisión del condado, o ambas cosas si se le condena por un delito menor ▪ Recibirá una multa de hasta \$2000 o será sentenciado a hasta 2 años en una prisión, o ambas cosas si se le condena por un delito mayor
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporciona información falsa respecto a la identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios de SNAP simultáneamente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perderá los beneficios de SNAP durante 10 años
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporciona información falsa que afecta la elegibilidad para recibir asistencia médica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perderá la asistencia médica por hasta un año ▪ Recibirá una multa de hasta \$5000 o será sentenciado a hasta 5 años en una prisión, o ambas cosas si se le condena
<p>También puede recibir una multa de hasta \$250,000 o ser sentenciado a prisión por hasta 20 años, o ambas cosas por hacer esto. También se pueden presentar cargos en su contra en virtud de otros programas federales o estatales, y se le puede ordenar que reembolse el costo de esa asistencia. También le pueden prohibir que reciba SNAP durante 18 meses adicionales, si el tribunal así lo ordena. También se le puede acusar de perjurio.</p>	

Entiendo que la información de este formulario está sujeta a verificación por parte de los funcionarios federales, estatales y locales para determinar que la información que se incluye en esta solicitud es correcta y está completa, lo que incluye la ciudadanía y el estado de extranjero de los miembros que solicitan los beneficios. Si se descubre que cualquier información es incorrecta, podrían reducirse o cancelarse los beneficios, y seré responsable de reembolsarlos. Declaro y afirmo bajo pena de perjurio que esta solicitud ha sido revisada por mí y, a mi leal saber y entender, toda la información incluida es verdadera y correcta. Entiendo que puedo estar sujeto a una acusación penal por proporcionar información incorrecta deliberadamente. He leído y comprendo la información legal, y entiendo mis responsabilidades y acepto cumplirlas. Entiendo las multas por proporcionar información falsa o violar las reglas del/los programa/s de asistencia.

Firma del solicitante:	Fecha
Firma del representante autorizado:	Fecha
Firma del entrevistador:	Fecha

Lea las siguientes secciones atentamente

- **Aviso de no discriminación**

Como beneficiario de asistencia económica federal y una agencia gubernamental estatal o local, el Departamento de Servicios Sociales no excluye, deniega beneficios ni de otra manera discrimina a ninguna persona por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad o edad en la admisión, el acceso, el tratamiento o el empleo en sus programas, actividades o servicios, ya sea que se lleven a cabo por parte del Departamento de Servicios Sociales directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la que el Departamento de Servicios Sociales tenga un arreglo para llevar a cabo sus programas y actividades; ni por motivos reales o percibidos de raza, color, religión, nacionalidad, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad en la admisión, el acceso, el tratamiento o el empleo en sus programas, actividades o servicios cuando se lleven a cabo por parte del Departamento de Servicios Sociales directamente o cuando los lleven a cabo los beneficiarios secundarios de subvenciones emitidas por la Oficina sobre la Violencia contra la Mujer (Office on Violence against Women) del Departamento de Justicia de los Estados Unidos (United States Department of Justice).

El Departamento de Servicios Sociales:

- Proporciona recursos y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con su oficina local del DSS.

Si usted piensa que el DSS no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja o reclamo 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 queja o reclamo por discriminación personalmente o por correo electrónico, fax o correo postal. Si necesita ayuda para presentar una queja o reclamo por discriminación, el coordinador de Discriminación, director de la División de Servicios Legales del DSS, está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono a: 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 quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Esta declaración cumple con las disposiciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Civil Rights Act of 1964), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Rehabilitation Act of 1973), Título II de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (Americans with Disabilities Act of 1990), la Ley de Discriminación por Edad de 1975 (Age Discrimination Act of 1975), y los Reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) emitidos de conformidad con estas normas en el Título 45 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), partes 80, 84 y 91, y el CFR 28 parte 35, la Ley Ómnibus para el Control de la Delincuencia y Calles Seguras de 1968 (Omnibus Crime Control and Safe Streets Act of 1968), el Título IX de las Enmiendas a la Ley de Educación de 1972 (Education Amendments of 1972), Trato Igualitario para Religiones Basadas en la Fe en el CFR 28 parte 38, la Reautorización de la Ley contra la Violencia hacia las Mujeres de 2013 (Violence Against Women Reauthorization Act of 2013), y la sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act).

- **Declaración de no discriminación del USDA**

De conformidad con la legislación federal de derechos civiles y las políticas y las normas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), al USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y a las instituciones que administran los programas del USDA o participan en ellos se les prohíbe discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad o creencias políticas, y tomar represalias o venganza debido a actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier actividad o programa organizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (por ejemplo, braille, tamaño de letra grande, cinta de audio, lenguaje americano de señas, etc.) deberían comunicarse con la agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para recibir beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o que tengan discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de retransmisión federal llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede ofrecerse en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/Complain_combined_6_8_12_508_0.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por: (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Anexo A: complételo si es indígena estadounidense o nativo de Alaska y está solicitando asistencia médica.

Miembro de la familia indígena estadounidense (American Indian, AI) o nativo de Alaska (Alaska Native, NA)

Complete esta página si usted o los miembros de su familia son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Envíe este formulario junto con su solicitud.

Cuéntenos acerca del miembro de la familia indígena estadounidense o nativo de Alaska.

Los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska pueden obtener servicios de los programas de salud para indígenas, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos. Es posible que ellos no tengan que pagar el gasto compartido y podrían obtener períodos de inscripción mensual especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	PERSONA AI/AN 1	PERSONA AI/AN 2	
1. Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Primer nombre	Primer nombre	
	Segundo nombre	Segundo nombre	
	Apellido	Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida federalmente?	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la tribu:	
3. Parte del dinero recibido podría no considerarse para Medicaid o para el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP). Incluya todos los ingresos (monto y frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de estas fuentes: • Pagos per cápita de una tribu que provengan de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de terrenos designados como terrenos de un fondo indígena por parte del Departamento del Interior (Department of Interior) (incluso reservas y antiguas reservas)	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	
PERSONA AI/AN 3	PERSONA AI/AN 4	PERSONA AI/AN 5	PERSONA AI/AN 6
Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la tribu:
\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
PERSONA AI/AN 7	PERSONA AI/AN 8	PERSONA AI/AN 9	PERSONA AI/AN 10
Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la tribu:	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la tribu:
\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

****Si hay más personas que vivan en su hogar, complete una página adicional.****

Anexo B: cobertura médica de empleos; complete solo si solicita asistencia médica

Usted **NO** necesita responder estas preguntas, a menos que alguna persona del grupo familiar sea elegible para recibir cobertura de salud de un empleo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura.

Cuéntenos acerca del empleo que ofrece cobertura.

Si necesita ayuda para completar esta sección, lleve esta página al empleador que ofrece la cobertura para que le ayude a responder las preguntas.

Información del empleado

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social
---------------	----------------------------	----------	-------------------------

Información del empleador

Nombre del empleador	Número de identificación del empleador (Employer Identification Number, EIN)		
Dirección del empleador	Número telefónico del empleador		
Ciudad	Estado	Código postal	
¿Con quién nos podemos comunicar acerca de la cobertura médica del empleado en este trabajo?			
Número de teléfono (si es diferente del anterior)		Dirección de correo electrónico	

1. Sí No ¿Es usted actualmente elegible para recibir la cobertura ofrecida por este empleador o se volverá elegible en los próximos 3 meses?

1a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura?

____/____/____

Escriba los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para recibir cobertura por este empleo.

Nombre(s): _____

Cuéntenos acerca del plan de salud ofrecido por este empleador.

2. Sí No ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo?

3. Para el plan de costo más bajo que cumple con el estándar de valor mínimo* ofrecido solo al empleado (no incluye planes familiares): si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo en cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera otros descuentos para los programas de bienestar.

3a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? _____

3b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Una vez al mes
 Trimestralmente Anualmente

4. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si lo sabe)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de costo más bajo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar).

4a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan? _____

4b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Una vez al mes
 Trimestralmente Anualmente

4c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa) _____/_____/_____

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos de beneficios totales permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986 [Internal Revenue Code of 1986]).

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
(DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES)
DIVISIÓN DE ASISTENCIA ECONÓMICA
(DIVISION OF ECONOMIC ASSISTANCE)**

**AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR/DIVULGAR
INFORMACIÓN**

--	--

Número de caso

Número de caso

A QUIEN CORRESPONDA:

Otorgo mi consentimiento para que cualquier persona, agencia o institución proporcione información al Departamento de Servicios Sociales acerca de mí o mi familia y para que cualquier representante del Departamento pueda inspeccionar y copiar los registros sobre mí o mi familia.

Autorizo al Departamento a divulgar información a proveedores y agencias estatales o federales.

Exonero a cualquier persona, agencia o institución de cualquier responsabilidad ante mí o mi familia por proporcionar dicha información.

Este consentimiento se otorga solo para el uso del Departamento en la administración de sus programas de beneficios.

FIRMA DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

FECHA

FIRMA DEL CÓNYUGE/TUTOR LEGAL

FECHA

N.º POSTAL/DIRECCIÓN

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

Recordatorios útiles sobre la asistencia económica

¡GUARDE ESTA SECCIÓN PARA SUS REGISTROS!

Información para SNAP:

- **Debe** informar al Departamento de Servicios Sociales (DSS) si:
 - los ingresos de su grupo familiar exceden el monto máximo para el tamaño de su grupo familiar, **y si**
 - usted o uno de los miembros de su grupo familiar es elegible solo porque trabaja 20 horas a la semana y el empleo termina o disminuye a menos de 20 horas a la semana.
- Si es necesario, debe completar un formulario de informe en seis meses.
- Se deben proporcionar los números del Seguro Social (Social Security Number, SSN) de todos los miembros del grupo familiar mayores de 6 meses para obtener beneficios individuales. En el caso de los bebés de 7 meses o más que no tengan SSN, se debe proporcionar el comprobante de que se ha solicitado el SSN; de lo contrario, el bebé no será elegible para recibir beneficios hasta que se proporcione el SSN o se reciba el comprobante de la solicitud.
- Si es elegible, tiene derecho a recibir un beneficio de SNAP al mes. Si presenta su solicitud después del día 15 del mes, podría recibir los beneficios del primer y segundo mes al mismo tiempo.
- Si recibe la cantidad incorrecta de beneficios, tendrá que reembolsarlos.
- No puede recibir beneficios de SNAP y artículos en el mismo mes, a menos que los productos se distribuyan a través del Programa Senior Box.
- Los niños que reciban beneficios de SNAP o TANF son elegibles automáticamente para el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) si dicho programa se ofrece en la escuela a la que asiste el niño.
- Si usted tiene entre 18 y 49 años de edad y puede trabajar pero no trabaja, solo podrá ser elegible para recibir beneficios durante 3 meses en un período de 36 meses, a menos que viva con un niño dependiente menor de 18 años o se cumpla otro criterio de exención.
- Si puede trabajar, debe registrarse para trabajar y cooperar con los requisitos de registro de trabajo. Si no colabora, podría quedar descalificado. Renunciar a su empleo o reducir voluntariamente sus horas de empleo, sin ninguna causa justificada, también podría causar la descalificación.
- Si recibe TANF, debe cooperar con el programa de trabajo de TANF; de lo contrario, sus beneficios de TANF o SNAP pueden reducirse o cancelarse.
- Todos los miembros adultos del grupo familiar deben leer y firmar una Autorización para proporcionar/divulgar información. Este formulario está incluido en el paquete de solicitud para que el solicitante y el cónyuge lo firmen. Si hay otros miembros adultos en el grupo familiar, se proporcionarán formularios adicionales.
- La información que proporcione a su Especialista en beneficios el primer día del mes o después no cambiará los beneficios hasta el siguiente mes de beneficios.
- Puede utilizar los beneficios de SNAP, como el dinero en efectivo, en alimentos de tiendas autorizadas y en plantas comestibles o semillas para cosechar comida para alimentarse. No puede comprar alcohol, tabaco, vitaminas, medicamentos, comida para mascotas, productos de papel ni alimentos calientes preparados para consumo inmediato con sus beneficios de SNAP.
- No tiene permitido pagar alimentos comprados a crédito con los beneficios de SNAP. Si lo hace, podría perder los beneficios.
- La tarjeta EBT de Dakota del Sur, los beneficios o la comida comprada con la tarjeta EBT de Dakota del Sur no se pueden vender ni intercambiar. Esto es ilegal. Si se venden o intercambian alimentos o beneficios de SNAP, esto será investigado y, si se determina que es culpable, será descalificado durante 12 meses, 24 meses o permanentemente de SNAP, y deberá reembolsar el monto de cualquier beneficio utilizado indebidamente. También podría ser remitido a una acusación penal que podría ocasionar una multa o encarcelamiento.
- Una vez que haya recibido sus beneficios, puede usarlos de inmediato. Le recomendamos que use su tarjeta EBT de Dakota del Sur, al menos, una vez cada 30 días. Si se cierra su caso, aún puede usar cualquier beneficio restante en su cuenta hasta por 12 meses. La tarjeta se puede usar en cualquier parte de los Estados Unidos donde se acepte EBT.

- Si pierde, le roban o se daña su tarjeta EBT de Dakota del Sur, debe llamar a Servicio al cliente de EBT al **1-800-604-5099** para solicitar una tarjeta de reemplazo. Se le enviará una tarjeta de reemplazo por correo postal dentro de los 5 a 7 días. Asegúrese de que el DSS tenga su dirección postal actual antes de solicitar una tarjeta EBT de reemplazo.
- La tarjeta EBT de Dakota del Sur durará varios años. Es importante que la conserve en un lugar seguro y protegido. Múltiples solicitudes de reemplazo de las tarjetas de EBT podrían dar lugar a una investigación.
- Los fondos retirados de la tarjeta EBT de Dakota del Sur deben coincidir con el monto exacto de la compra. No le deberían cobrar el impuesto sobre las ventas por las compras realizadas con beneficios de SNAP.
- Su caso podría estar sujeto a una auditoría federal o estatal ya sea que esté activo o no.
- Si su caso de SNAP se cierra, su grupo familiar podría continuar siendo elegible para recibir otro tipo de asistencia, como TANF o asistencia médica.
- Puede obtener una copia de su solicitud en forma impresa o en formato electrónico.

Información para TANF:

- Debe informar al DSS si los ingresos de su grupo familiar exceden el monto máximo para el tamaño de su grupo familiar de TANF.
- Se debe proporcionar un número de Seguro Social como condición de elegibilidad. Las personas no serán elegibles hasta que se proporcione el SSN o se reciba el comprobante de la solicitud.

Información para los programas médicos:

- Después de la aprobación, si tiene **CUALQUIER** pregunta relacionada con los servicios médicos cubiertos o problemas de facturación, **llame al 1-800-597-1603**. También puede consultar el manual del beneficiario de servicios médicos.
- Después de la aprobación médica, para cambiar su proveedor de atención primaria, puede conectarse en línea a <http://apps.sd.gov/SW96Provider/MMCPSelectionForm.aspx>, llamar a su Especialista en beneficios **O** puede pasar por su oficina local del DSS para solicitar el cambio. Recuerde que su solicitud no tendrá vigencia hasta el 1.º día del siguiente mes.

Información general para todos los programas:

- Asegúrese de que tengamos su dirección postal más reciente ya que la oficina postal **NO** reenvía el correo del Departamento de Servicios Sociales.
- Comprendo que debo informar a mi Especialista en beneficios si me han condenado por una violación intencional del programa (Intentional Program Violation, IPV) en cualquier programa de beneficios, ya sea que la condena se haya producido en Dakota del Sur o en cualquier otro estado.
- Entiendo que solo tengo que proporcionar el estado de inmigrante de las personas que soliciten o reciban beneficios. Sin embargo, aun así, las personas deberán responder preguntas y enviar la verificación de ingresos y recursos que pudiera afectar la elegibilidad y los beneficios. Se verificará la condición de inmigración de una persona si solicita o recibe beneficios. La verificación la obtendrá la Agencia de Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los EE. UU. (U.S. Citizenship & Immigration Services, USCIS).
- Entiendo que recibiré un aviso por escrito con la explicación de los beneficios que recibiré. Si se deniegan, cambian, suspenden o cancelan los beneficios, el aviso por escrito explicará el motivo.
- La información que proporcione y la información obtenida por el DSS por medio de una coincidencia cruzada por computadora con otras agencias (Departamento de Trabajo y Regulación [Department of Labor and Regulation]), Internal Revenue Services [Servicios de Rentas Internas], Social Security Administration [Administración del Seguro Social], etc.), empleadores, fuentes financieras y otros terceros se usará y podrá ser verificada cuando se encuentren discrepancias.
- Si desea presentar una apelación contra nuestra decisión de reducir, denegar o cancelar los beneficios, puede solicitar una audiencia imparcial por escrito a cualquier oficina en el Departamento de Servicios Sociales o enviar su solicitud por escrito directamente a: Office of Administrative Hearings, Kneip Building, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291. **Solo para SNAP:** puede presentar su solicitud llamando a cualquier oficina del Departamento de Servicios Sociales o a la oficina de Audiencias Administrativas (Administrative Hearings) al 1-605-773-6851.
- Puede completar su solicitud, renovación o formulario de informe de 6 meses en línea en el siguiente sitio web: www.dss.sd.gov/onlineapplication