

## Estado de Dakota del Sur: Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services)

Solicitud de evaluación de recursos, atención de largo plazo o asistencia médica relacionada

### Sección A

#### Usted o su cónyuge

Intente  
 completar todo  
 lo que pueda  
 del formulario.

Necesitamos  
 datos sobre  
 usted y su  
 cónyuge.  
 Necesitamos  
 saber sobre su  
 cónyuge incluso  
 si su cónyuge  
 no quiere  
 beneficios.

Si no está  
 casado, no  
 complete las  
 secciones  
 marcadas como  
 "cónyuge".

Use tinta oscura. Escriba con letra de molde. Si necesita más espacio, adjunte hojas	Solicitante		Cónyuge		
	La persona que solicita los beneficios				
¿Cuáles son los beneficios que solicita?	1. Vida asistida		2. Vida asistida		
	3. Servicios en casa		4. Servicios en casa		
	5. Exención del apoyo familiar		6. Exención del apoyo familiar		
	7. Centro de enfermería		8. Centro de enfermería		
	9. Hospitalización		10. Hospitalización		
	11. Residencia grupal		12. Residencia grupal		
	13. Evaluación de recursos		14. Evaluación de recursos		
	15. Otro/Desconocido		16. Otro/Desconocido		
	Primer nombre	_____		_____	
	Segundo nombre	_____		_____	
Apellido	_____		_____		
Sexo	1. Masculino	2. Femenino	3. Masculino	4. Femenino	
Número de Seguro Social	_____		_____		
Fecha de nacimiento (MM, DD, AAAA)	_____		_____		
Estado civil (marque uno)	1. Casado 2. Divorciado 3. Viudo	Soltero Separado	Si está divorciado, indique la fecha: _____		
Si falleció, indique la fecha (mm, dd, aaaa)	_____		_____		
Dirección actual	_____		_____		
Ciudad	_____		_____		
Estado, código postal	_____		_____		
Teléfono	_____		_____		
Dirección postal	_____		_____		
Ciudad	_____		_____		
Estado, código postal	_____		_____		
Condado	_____		_____		



## Sección A

### Usted o su cónyuge

(continúa)

	Solicitante		Cónyuge	
Email	_____		_____	
¿Vive en Dakota del Sur?	Sí	1. No	2. Sí	1. No
¿Planea quedarse en Dakota del Sur?	Sí	No	4. Sí	5. No
¿Hispano o latino? (opcional)	Sí	No	8. Sí	9. No
Raza (opcional)	Nativa americana o nativa de Alaska Asiática 3. Negra o afroamericana Hawaiana o de Islas del Pacífico Blanca		6. Nativa americana o nativa de Alaska 7. Asiática 8. Negra o afroamericana 9. Hawaiana o de Islas del Pacífico 10. Blanca	
Si es nativo americano, ¿recibió o es elegible para Servicios de Salud Indígena (Indian Health Services, IHS), Urban Indian Health u otro proveedor de atención médica tribal?	Sí	No	Sí	4. No

## Sección B

### Ciudadanía

Dé documentación de ciudadanía si no es ciudadano de los EE. UU.

	Solicitante		Cónyuge	
¿Es usted un ciudadano de los EE. UU.? En caso afirmativo, vaya a la Sección C	1. Sí No <input type="checkbox"/>		2. Sí No <input type="checkbox"/>	
	En caso negativo, dé los datos abajo		En caso negativo, dé los datos abajo	
¿Es usted un refugiado o un inmigrante admitido legalmente?	3. Sí	4. No	5. Sí	6. No
Fecha en la que ingresó a los EE. UU. mm/dd/aaaa:				
¿Está registrado en los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU.?	1. Sí	No	Sí	4. No
	_____ En caso afirmativo, tipo de documento		_____ En caso afirmativo, tipo de documento	
	_____ Extranjero, I-94 o número de pasaporte		_____ Extranjero, I-94 o número de pasaporte	

## Sección C

### Gente que lo ayuda

#### Persona que ayuda con asuntos legales - Dé una copia de la documentación.

¿Tiene a alguien que lo ayude con asuntos legales o económicos?  Sí  No

En caso afirmativo, cuéntenos sobre esa persona: Tutor  Poder notarial

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Email

#### Persona que lo ayuda a completar este formulario

¿Alguien lo ayuda a usted o a su cónyuge a completar este formulario?  Sí  No

Nombre

Relación u organización

Teléfono

Email

#### Persona que se puede contactar para obtener información

Si quiere, puede darle a alguien el derecho a actuar en su nombre. Esa persona puede:

1. Dar y obtener datos para esta solicitud.
2. Hacer cualquier acción necesaria para el proceso de solicitud.

Hacer todas las acciones necesarias para que usted obtenga los beneficios. Esto incluye informar cambios.

Nombre

Relación con usted

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Email

Si quiere que el DSS dé formularios o avisos oficiales a esta persona o a cualquier otra persona, complete la autorización en la página 18.

## Sección D

### Su casa o donde vive

¿Dónde vive?	
Solicitante	Cónyuge
1. Centro para adultos mayores	2. Centro para adultos mayores
3. Centro de vida asistida	4. Centro de vida asistida
5. Residencia grupal para personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo (ICF/IID)	6. Residencia grupal para personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo (ICF/IID)
7. Su propia casa	8. Su propia casa
9. Con alguien más en su casa	10. Con alguien más en su casa
11. Casa pagada por otra persona	12. Casa pagada por otra persona
13. Otro	14. Otro

Solicitante	
Si vive en un centro o espera ser admitido en un centro, complete abajo:	
Nombre del centro y lugar: _____	
Fecha de admisión (mm, dd, aaaa):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Fecha de alta (mm, dd, aaaa):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Estuvo en el hospital antes de mudarse a un centro o de recibir servicios en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique la fecha en que ingresó al hospital o comenzó a recibir servicios en su casa.	
Fecha (mm, dd, aaaa):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Pagó la atención en forma privada? En caso afirmativo, ¿por cuántos meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  _____ Número de meses
¿Tiene facturas médicas impagas de los últimos 3 meses? En caso afirmativo, dé una copia de las facturas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En qué mes solicita ayuda de Medicaid para comenzar?  _____	
Mes	
_____ Nombre de su médico de atención primaria y lugar	

## Sección E

### Recursos/ Bienes

#### Recordatorio:

Responda las preguntas para usted o para su cónyuge.

Dé los extractos bancarios de los últimos 3 meses

Si necesita más espacio, copie las páginas.

**Recursos/Bienes** – Complete las preguntas abajo para usted y su cónyuge. Incluya todos sus recursos/bienes y aquellos que sean propiedad de su cónyuge o que sean de propiedad conjunta con alguien.

¿Cuenta corriente propia o de su cónyuge?

Sí

No

Cuenta 1	Número de cuenta		Nombres de la cuenta	
	Nombre del banco o compañía			Valor
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Cuenta 2	Número de cuenta		Nombres de la cuenta	
	Nombre del banco o compañía			Valor
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

¿Cuenta de ahorro propia o de su cónyuge?

Sí

No

Cuenta 1	Número de cuenta		Nombres de la cuenta	
	Nombre del banco o compañía			Valor
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Cuenta 2	Número de cuenta		Nombres de la cuenta	
	Nombre del banco o compañía			Valor
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

¿Cuenta del centro para adultos mayores propia o de su cónyuge?

Sí

No

Nombre del lugar que mantiene este fondo para usted			Valor
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

## Sección E

### Recursos/ Bienes (continúa)

**Recordatorio:**  
Responda las  
preguntas  
para usted  
o para  
su cónyuge.

Si necesita  
más espacio,  
copie las  
páginas.

¿Tarjeta de débito de nómina de empleados o tarjetas de beneficios federales Direct Express propias o de su cónyuge?  Sí  No

Cuenta 1	_____	_____		
	Número de cuenta	Nombres de la cuenta		
	_____			_____
	Nombre del banco o compañía			Valor
_____			_____	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

¿Certificados de depósito (CD), bonos de ahorro o cuentas del mercado monetario de su propiedad o de su cónyuge?  Sí  No

Cuenta 1	_____	_____		
	Número de cuenta	Nombres de la cuenta		
	_____			_____
	Nombre del banco o compañía			Valor
_____			_____	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Cuenta 2	_____	_____		
	Número de cuenta	Nombres de la cuenta		
	_____			_____
	Nombre del banco o compañía			Valor
_____			_____	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

¿Cuentas de ahorro de salud establecidas mediante un banco, cooperativa de crédito, compañía de seguros o empleador propias o de su cónyuge?  Sí  No

Cuenta 1	_____	_____		
	Número de cuenta	Nombres de la cuenta		
	_____			_____
	Nombre del banco o compañía			Valor
_____			_____	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

## Sección E

### Recursos/ Bienes (continúa)

#### Recordatorio:

Responda las preguntas para usted o para su cónyuge.

Lea la información sobre revelación de la anualidad y la información sobre cuándo se nombrará al estado como beneficiario de una anualidad dada en la página 19.

¿Acciones o fondos mutuos propios o de su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cuenta 1	Número de cuenta		Nombres de la cuenta	
	Nombre del banco o compañía		Valor	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Cuenta 2	Número de cuenta		Nombres de la cuenta	
	Nombre del banco o compañía		Valor	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
¿Fondo de jubilación, pensión, Keogh, 401K o cuentas individuales de jubilación (IRA) propias o de su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cuenta 1	Número de cuenta		Nombres de la cuenta	
	Nombre del banco o compañía		Valor	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Cuenta 2	Número de cuenta		Nombres de la cuenta	
	Nombre del banco o compañía		Valor	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
¿Anualidad propia o de su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cuenta 1	Número de cuenta		Nombres de la cuenta	
	Nombre del banco o compañía		Valor	
	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono



## Sección E

### Recursos/ Bienes (continúa)

#### Recordatorio:

Responda las preguntas para usted o para su cónyuge.

¿Alguna otra cuenta propia o de su cónyuge?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cuenta 1	Número de cuenta	Nombres de la cuenta	
	Nombre del banco o compañía	Valor	
	Ciudad	Estado	Código postal
			Teléfono

¿Efectivo? disponible?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, cuánto efectivo: _____
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

¿Seguro de vida propio o de su cónyuge?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona asegurada (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Titular de la póliza	
Número de póliza	Compañía de seguros		
Dirección de la compañía		Ciudad	Estado
		Código postal	
Teléfono:			
Valor nominal/Valor en efectivo	Tipo de póliza	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual ¿Con qué frecuencia se paga la prima?	

Nombre de la persona asegurada (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Titular de la póliza	
Número de póliza	Compañía de seguros		
Dirección de la compañía		Ciudad	Estado
		Código postal	
Teléfono:			
Valor nominal/Valor en efectivo	Tipo de póliza	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual ¿Con qué frecuencia se paga la prima?	

## Sección E

### Recursos/ Bienes (continúa)

<b>¿Tienen usted o su cónyuge algún arreglo económico, como contratos, seguros o cuentas designadas para entierro?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique abajo y dé una copia.		
_____	_____	_____
¿Dónde? (Solicitante)	Fecha de compra (mm/dd/aa)	Valor
_____	_____	_____
¿Dónde? (Cónyuge)	Fecha de compra (mm/dd/aa)	Valor
<b>¿Están usted o su cónyuge nombrados en algún fideicomiso o son propietarios de algún fideicomiso?</b> En caso afirmativo, dé datos abajo y una copia del fideicomiso. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
_____	_____	_____
Propietario/nombre del fideicomiso		Valor

#### Recordatorio:

Responda las preguntas para usted o para su cónyuge.

<b>¿Tienen usted o su cónyuge autos, camiones, botes u otros vehículos recreativos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
_____	_____	_____
Marca/modelo	Año	valor
_____	_____	_____
Propietario	Cantidad adeudada	Uso principal
_____	_____	_____
Marca/modelo	Año	valor
_____	_____	_____
Propietario	Cantidad adeudada	Uso principal
<b>¿Tienen usted o su cónyuge una casa (incluye una casa rodante)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
_____	_____	_____
Dirección de la casa	Cantidad adeudada	Valor
Si no vive en su casa en este momento, ¿planea regresar a su casa?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Dé una copia de la última declaración del impuesto sobre bienes inmuebles.</b>		
<b>¿Tiene una hipoteca inversa sobre su casa?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>¿Recibió una suma global?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuánto?	
<b>¿Recibe un pago mensual?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuánto?	

## Sección E

**Cosas que usted y su cónyuge están pagando o tienen**

(continúa)

Dé una copia del contrato.

**¿Tienen o comparten usted o su cónyuge propiedad de terreno, lotes o bienes inmuebles?** En caso afirmativo, dé la dirección/condado de la propiedad abajo.  Sí  No

Dirección o lugar

Valor

Dirección o lugar

Valor

**¿Tienen usted o su cónyuge una propiedad vitalicia o interés remanente sobre una propiedad?** En caso afirmativo, dé la dirección/condado de la propiedad abajo.  Sí  No

Dirección o lugar

Cantidad de terreno

Valor

Dirección o lugar

Cantidad de terreno

Valor

**¿Tienen usted o su cónyuge pagarés, pagarés hipotecarios o un contrato de escritura?**  Sí  No  
En caso afirmativo, dé una copia del contrato.

Las condiciones son:  Negociables  No negociables Valor: \_\_\_\_\_

**¿Tienen usted o su cónyuge derechos sobre minerales, petróleo, gas, madera, viento o superficie?** En caso afirmativo, complete abajo:  Sí  No

Propietario

Dirección o lugar

Tipo

Valor

Propietario

Dirección o lugar

Tipo

Valor

**¿Tienen usted o su cónyuge algún equipo comercial, maquinaria, ganado, antigüedades o colecciones que no sean muebles para la casa?**  Sí  No

Artículo

Valor

Artículo

Valor

Artículo

Valor

**¿Tienen usted o su cónyuge algún interés en una sociedad o corporación?** En caso afirmativo, enumere abajo:  Sí  No

Nombre de la sociedad/corporación



Si se trata solo de una evaluación de recursos, puede omitir el resto de las preguntas. Simplemente vaya a la página 22 y firme el formulario.

## Sección F

**Cuéntenos  
sobre su  
grupo familiar**

### Dependientes

Cuéntenos sobre los niños u otros dependientes que viven con usted.

<b>Persona 1</b>	Nombre _____ Relación _____		¿Es esta persona discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social	
	Ingresos (bruto) _____	Fuente _____	Cantidad _____	Frecuencia _____
	Nombre _____ Relación _____		¿Es esta persona discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Persona 2</b>	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social	
	Ingresos (bruto) _____	Fuente _____	Cantidad _____	Frecuencia _____
	Nombre _____ Relación _____		¿Es esta persona discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social	
<b>Persona 3</b>	Ingresos (bruto) _____		Fuente _____	
	Nombre _____ Relación _____		¿Es esta persona discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social	
	Ingresos (bruto) _____		Fuente _____	

**Costos de vivienda** ¿Tienen usted o su cónyuge gastos de alojamiento?  Sí  No

En caso afirmativo, díganos los costos que tiene por la casa en la que vive. Todos los costos de alojamiento se deben verificar. Adjunte comprobante del costo (pago de hipoteca/alquiler y facturas de impuestos, servicios públicos y seguros).

	El solicitante paga:	El cónyuge paga:	Otro – Anote el nombre _____
<b>Pago del alquiler o de la casa</b>			
<b>Impuesto sobre la casa</b>			
<b>Servicios públicos</b>			
<b>Seguro de la casa</b>			

## Sección G

### Datos médicos

#### Medicare

¿Tienen usted o su cónyuge Medicare? En caso afirmativo, complete abajo:  Sí  No

	Solicitante			Cónyuge		
En caso afirmativo, marque el tipo	1. Parte A	2. Parte B	Parte D	4. Parte A	5. Parte B	Parte D
Nombre del plan de la Parte D						
Fecha de inicio: (mm/dd/aa)						
Número de reclamo (HICN)						
Medicare premium (costo mensual)						

#### Seguro de atención a largo plazo (LTC)

¿Tienen usted o su cónyuge un seguro de atención a largo plazo?  Sí  No

¿Es este un plan de asociación? 1. Sí 2. No 3. No sé

Nombre de la persona asegurada (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Nombre del titular de la póliza	
Número de póliza	Compañía de seguros		
Dirección de la compañía	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
¿Cuánto cuesta la prima?	¿Quién paga la prima?	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual ¿Con qué frecuencia se paga la prima?	

**Recordatorio:**  
Dé una copia de las tarjetas.

**Seguro médico:** ¿Tienen usted o su cónyuge un seguro médico privado o un seguro complementario de Medicare?  Sí  No

Nombre de la persona asegurada (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Nombre del titular de la póliza	
Compañía de seguros		Dirección de la compañía de seguros	
Número de póliza	Fecha de inicio de la cobertura	Fecha de terminación de la cobertura	Tipo de cobertura
¿Cuánto cuesta la prima?	¿Quién paga la prima?	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual ¿Con qué frecuencia se paga la prima?	
¿Obtiene este seguro mediante un trabajo que tuvo o tiene? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, dé el nombre del empleador	

## Sección H

### Dinero o propiedad que usted o su cónyuge vendieron, intercambiaron o donaron

En los últimos 60 meses, usted, su cónyuge o alguien en su nombre o en el de su cónyuge (es decir, familiares, poder notarial, tutor o curador), transfirió, donó, regaló, prestó, vendió o traspasó algo de valor, como dinero, terrenos, edificios, propiedades de la vivienda, etc.?

Sí  No

_____	_____	_____
¿Qué vendió, intercambió o donó?	Valor	¿Qué obtuvo a cambio?
_____		_____
¿A quién se lo vendió, intercambió o donó?		Fecha de venta/donación (mm/dd/aa)
_____	_____	_____
¿Qué vendió, intercambió o donó?	Valor	¿Qué obtuvo a cambio?
_____		_____
¿A quién se lo vendió, intercambió o donó?		Fecha de venta/donación (mm/dd/aa)

¿Renunció al derecho a recibir dinero (incluyendo los ingresos) o una herencia en los últimos 60 meses?  Sí  No En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En los últimos 60 meses, ¿usted, su cónyuge o alguien en su nombre o en el de su cónyuge (es decir, familiares, poder notarial, tutor o curador) estableció una propiedad conjunta sobre cualquier bien inmueble de su propiedad o de su cónyuge?  Sí  No

_____	_____
Nombre del copropietario	Tipo de propiedad
_____	_____
Dirección del copropietario	Fecha (mm/dd/aa)
_____	_____
Nombre del copropietario	Tipo de propiedad
_____	_____
Dirección del copropietario	Fecha (mm/dd/aa)

## Sección H

### Dinero o propiedad que usted o su cónyuge vendieron, intercambiaron o donaron

(continúa)

En los últimos 60 meses, ¿un copropietario tomó posesión de su participación en alguno de los bienes suyos o de su cónyuge, como dinero, cuentas de ahorro, cuentas corrientes, certificados de depósito, bonos, acciones o cualquier otra cosa de valor?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del copropietario	Tipo de propiedad
Dirección del copropietario	Fecha (mm/dd/aa)
Nombre del copropietario	Tipo de propiedad
Dirección del copropietario	Fecha (mm/dd/aa)

En los últimos 60 meses, ¿se depositaron en fideicomiso algunos de los fondos o bienes suyos o de su cónyuge para usted, su cónyuge o cualquier otra persona?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del fiduciario	Tipo de propiedad
Dirección del fiduciario	Fecha puesta en fideicomiso (mm/dd/aa)
Nombre del fiduciario	Tipo de propiedad
Dirección del fiduciario	Fecha puesta en fideicomiso (mm/dd/aa)

¿Alguno de sus ingresos se paga directamente a un fideicomiso?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del fiduciario	Tipo de propiedad
Dirección del fiduciario	Fecha puesta en fideicomiso (mm/dd/aa)
Nombre del fiduciario	Tipo de propiedad
Dirección del fiduciario	Fecha puesta en fideicomiso (mm/dd/aa)

## Sección I

**Dinero que  
ingresa a  
su casa**  
(ingresos)

**Ahorre tiempo: Los  
veteranos y las  
viudas de  
veteranos deben  
solicitar los  
beneficios.  
Contacte a su  
oficina local de VA.**

**Los solicitantes de  
Medicaid deben  
solicitar todos los  
beneficios que  
puedan tener  
derecho a recibir.**

Ingresos	
Solicitante	Cónyuge
<b>¿Reciben usted o su cónyuge el Seguro social?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?
<b>¿Reciben usted o su cónyuge la Seguridad de Ingreso Suplementario?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?
<b>¿Son usted o su cónyuge veteranos?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Reciben usted o su cónyuge beneficios de veterano?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?
Número de reclamo	Número de reclamo
<b>¿Reciben usted o su cónyuge beneficios de jubilación ferroviaria?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?
Número de reclamo	Número de reclamo
<b>¿Reciben usted o su cónyuge pagos de jubilación del servicio civil?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?
Número de reclamo	Número de reclamo
<b>¿Reciben usted o su cónyuge algún otro pago de jubilación o pensión?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?
Fuente	Fuente
¿Cuál es el número de reclamo?	¿Cuál es el número de reclamo?



## Sección I

### Dinero que ingresa a su casa

Solicitante	Cónyuge
<b>¿Reciben usted o su cónyuge algún pago de anualidades?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad mensual?
Compañía	Compañía
¿Cuál es el número de reclamo?	¿Cuál es el número de reclamo?
<b>¿Reciben usted o su cónyuge dividendos de acciones, bonos o seguros?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad?
¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?
Fuente	Fuente
<b>¿Reciben usted o su cónyuge ingresos por alquiler?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad?
¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?
<b>¿Usted o su cónyuge esperan recibir dinero de:</b> • una demanda • un acuerdo por lesiones personales • un reclamo de responsabilidad por accidente • una herencia?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, indique el nombre y el número de teléfono de una persona que pueda informarnos sobre el acuerdo.	
<b>¿Reciben usted o su cónyuge dinero de alquileres o regalías de derechos de petróleo, gas, minerales, viento, madera o superficie?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad?	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad?
¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?
<b>¿Es usted un trabajador independiente?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cantidad de ingresos brutos	Cantidad de ingresos brutos

Si es un trabajador independiente, dé sus formularios más recientes de impuesto a las ganancias.

## Sección I

### Dinero que ingresa a su casa

(continúa)

Solicitante	Cónyuge
<b>¿Usted o su cónyuge obtienen dinero de un trabajo?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad antes de impuestos? _____	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad antes de impuestos? _____
¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____
Nombre del empleador _____	Nombre del empleador _____
<b>¿Reciben usted o su cónyuge los siguientes tipos de dinero de alguien más o de cualquier otro lugar? efectivo •regalos •pagos que recibe por prestar dinero a otra persona •facturas pagadas por usted •manutención infantil •capacitación •pensión alimenticia •ingresos de propiedad vitalicia •otros</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué tipo de dinero recibe? _____	En caso afirmativo, ¿qué tipo de dinero recibe? _____
En caso afirmativo, ¿de quién obtiene el dinero y por qué? _____	En caso afirmativo, ¿de quién obtiene el dinero y por qué? _____
En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad que recibe? _____	En caso afirmativo, ¿cuál es la cantidad que recibe? _____

## Sección J

### Programas a los que se inscribió

<b>Dinero que usted o su cónyuge podrían obtener de otros programas</b>	
¿Está esperando una respuesta de una solicitud para uno de los programas indicados abajo? Marque todos los que apliquen	
Solicitante	Cónyuge
1. Seguro Social	Seguro Social
3. Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)	Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
5. Beneficios para veteranos	Beneficios para veteranos
7. Otros beneficios _____	Otros beneficios _____

## Sección K

La autorización para revelar información es opcional. Esto se usa cuando quiere que nos comuniquemos con otras personas sobre su solicitud o caso.

### Registrarse para votar - Opcional

Presentar una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará a la cantidad de ayuda que reciba de esta agencia.

**Si no está registrado para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿quiere presentar una solicitud de inscripción para poder votar?**

Sí  No

Si marcó "Sí", el Departamento de Servicios Sociales le enviará un formulario de registro para votar. Devuelva la tarjeta de registro completa al auditor del condado en su condado de residencia o a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales, la oficina del Departamento de Servicios Humanos, la oficina de WIC o la oficina de reclutamiento militar. El plazo de registro es 15 días antes de cualquier elección.

**Si no marcó ninguna de las casillas, el Departamento de Servicios Sociales le enviará un formulario de registro del votante.**

Tenga en cuenta que la información y la oficina donde presentó la solicitud seguirán conservándose de forma confidencial y se usarán para propósitos de registro de 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 la solicitud en privado.

Si cree que alguien interfirió 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

### Autorización de la EA para revelar información

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la División de Ayuda Económica (Division of Economic Assistance, EA) del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) para que revele mi información médica protegida a la siguiente persona/centro. Mi fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_

Persona/centro y nombre de la persona del centro que recibirá la información: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Esta autorización es para el período desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_. Si se deja en blanco, esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de ejecución.

Permito que DSS-EA revele únicamente la siguiente información marcada a la estrategia mencionada arriba: (marcar todos los que correspondan)

1. Copia de la solicitud/formulario de renovación con fecha: Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ 2. Dirección en archivo
3. Copia de avisos de DSS-EA del formulario de solicitud/renovación con fecha: Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_
4. Copia del formulario de la lista de verificación (EA-264) con fecha: Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

Objetivo de esta revelación: \_\_\_\_\_.

Entiendo que si esta información se revela a un tercero, la información puede ser revelada por la persona o entidad que reciba esa información y que ya no esté protegida por los reglamentos de privacidad federales u otros reglamentos de privacidad aplicables.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que el personal ya haya tomado medidas al respecto, enviando un aviso por escrito al Department of Social Services, Division of Economic Assistance, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501.

Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar esta autorización. Si la información solicitada es necesaria para determinar si soy elegible para inscribirme en los beneficios disponibles mediante el Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur o para determinar si otro programa médico puede pagar mi atención médica, entiendo que si elijo no autorizar la revelación y el uso de esta información, es posible que no pueda demostrar que califico.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección de la persona que firma

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Si firma otra persona que no sea el solicitante/beneficiario, indique la relación (marque la casilla correspondiente)

- Cónyuge  Padre (si es para un menor de 18 años)  Poder notarial  Tutor legal

## Declaración de entendimiento

### Asignación de asistencia médica, beneficios del seguro

La solicitud y aceptación de asistencia médica pagada por el Departamento de Servicios Sociales funcionará como una asignación y subrogación de cualquier derecho a asistencia médica, beneficios del seguro o ambos que el solicitante o beneficiario puedan tener. Cualquier derecho o cantidad así asignado o subrogado se aplicará contra el costo de la atención del solicitante o beneficiario.

### Revelación de anualidades y estado para ser nombrado como beneficiario residual

La Ley Pública núm. 109-171, Ley de Reducción del Déficit de 2005, sección 6012, requiere que las personas que soliciten asistencia médica de atención de largo plazo y una persona cuya elegibilidad se esté revisando para determinar si la persona sigue siendo elegible para la asistencia de atención de largo plazo revelen la descripción de cualquier interés que el individuo o el cónyuge del individuo tengan en una anualidad o instrumento económico similar. Si no revela esta información, no será elegible para recibir asistencia. Además, un beneficiario de asistencia de atención de largo plazo debe nombrar al departamento como un beneficiario preferido de cualquier interés que el individuo o el cónyuge del individuo tenga en una anualidad o instrumento económico similar comprado y poseído después del 7 de febrero de 2006.

**Nota:** La anualidad también se considerará un recurso.

### Declaración de la Ley de privacidad

Las leyes y reglamentos federales y estatales limitan el uso y la divulgación de información confidencial sobre los solicitantes y beneficiarios de los programas de asistencia económica y médica a los fines directamente relacionados con la administración de esos programas. Cuando solicite asistencia, se le pedirá que dé su Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) en el formulario de solicitud. El Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 435.910(a), requiere que se dé un SSN como condición de elegibilidad para Medicaid. El Departamento usa su número en su procesamiento informático de determinación de elegibilidad, investigación de fraude de bienestar social y auditorías. Los SSN también se usan para verificar la información de ingresos mediante agencias como el IRS, el Departamento de Trabajo y la Administración del Seguro Social, etc., para evitar que una persona o familia reciba beneficios duplicados bajo cualquier programa, para hacer que los cambios masivos en los beneficios sean más fáciles de implementar y para determinar la exactitud y confiabilidad de la información dada al departamento por el solicitante y los beneficiarios de la asistencia.

### Garantía de los Derechos Civiles

Las disposiciones de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmiendas, también se aplican a su caso y los representantes del departamento no podrán, por motivos de raza, color, credo, religión, sexo, discapacidad, ascendencia o país de origen, excluirlo de la participación, negarle los beneficios o de otra manera someterlo a discriminación bajo cualquier programa o actividad administrada por el departamento. Cualquier persona que considere que se violaron sus derechos civiles puede solicitar una audiencia justa. También puede presentar una queja escribiendo al DSS Division of Legal Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291 o llamando al (605) 773-3305

### Verificaciones

La información que dé para responder las preguntas de este formulario y la información obtenida por el departamento para verificar sus respuestas se usarán para determinar su elegibilidad y el nivel de beneficios. Sus beneficios pueden cambiar de un mes a otro, o suspenderse, según esta información.

Los funcionarios federales y estatales verificarán la información dada en este formulario para determinar si es correcta. Un representante del departamento puede comunicarse con usted o con otras personas para verificar su elegibilidad para recibir asistencia. La información dada también se verificará mediante comparación cruzada por computadora con otras agencias y sectores privados. Cuando el personal estatal y federal verifique la información en esta solicitud, si lo que se informa es incorrecto, su caso médico puede ser denegado o terminado y usted puede estar sujeto a un proceso penal por dar información falsa a sabiendas.

### Programa de recuperación de patrimonio de Medicaid

Bajo la ley federal y estatal, el Departamento de Servicios Sociales está autorizado a recuperar los patrimonios de los beneficiarios de asistencia médica fallecidos que fueron institucionalizados permanentemente o que tenían al menos 55 años y por quienes el Departamento hizo un pago por los servicios de un centro de enfermería, servicios de centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales, otros servicios institucionales médicos, servicios basados en la casa y en la comunidad, servicios de hospital y servicios de medicamentos con receta. El Departamento de Servicios Sociales está autorizado a recuperar la deuda de un beneficiario de asistencia médica del patrimonio de un cónyuge sobreviviente. Si un cónyuge sobreviviente quiere limitar la cantidad del patrimonio del cónyuge sobreviviente que será responsable de la recuperación de la cantidad de la asistencia médica pagada en nombre del beneficiario, el cónyuge sobreviviente debe presentar una petición dentro de los seis meses posteriores a la muerte del beneficiario de la asistencia médica. La petición determinará la cantidad del patrimonio del cónyuge sobreviviente de la que se puede reclamar la recuperación de Medicaid gastada en nombre del beneficiario. La petición debe presentarse en el formulario del Departamento.

Según la ley federal y estatal, el Departamento de Servicios Sociales puede imponer un gravamen de asistencia médica contra bienes inmuebles propiedad de un beneficiario que haya recibido un beneficio del Departamento de Servicios Sociales por los servicios de un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales u otra institución médica. El Departamento de Servicios Sociales emitirá un aviso por separado cuando el Departamento decida imponer un gravamen. El aviso describirá la cantidad del gravamen y los bienes inmuebles a los que se adjuntará el gravamen. Según la ley estatal, el Departamento de Servicios Sociales está autorizado a recuperar los fondos que el residente conserve o tenga en el centro para adultos mayores u otro centro si el residente estaba recibiendo asistencia médica del Departamento en el momento de su muerte. Puede encontrar la información sobre el Programa de recuperación de patrimonio en <http://dss.sd.gov/keyresources/benefitfraud/estate.aspx>.

## Language Assistance

1. Español (Spanish) - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-305-9673 (TTY: 711).
2. Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-305-9673 (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 1-800-305-9673 (TTY : 711)
4. ကညီ(Karen) - ဟ်သ့ဟ်သး-နမ့ကတီၤ ကညီကိၣ်အသိ, နမ့န့ၣ် ကိၣ်အတၢ်မၤစၢၤတၢ် တလၢကိၣ်တၢ်တၢ်နီၤ နီတမံၤတၢ်သ့န့ၣ်လီၤ. ကိး 1-800-305-9673 (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 1-800-305-9673 (TTY: 711).
6. नेपाली (Nepali) - यान ~दनुहोस: ० तपाइ~ले नेपाल~ बो नह छ भन तपाइ~को ~िन त भाषा सहायता सवाह ~न:श क पमा उपल ध छ । फोन गनुहोसर् ० 1-800-305-9673 (~ट~टवाइ: 711)
7. Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian) - OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-305-9673 (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 ሚክሶሎ ጭጥር ይደውሉ 1-800-305-9673 (መስማት ለተሳናቸው: 711).
9. Sudanic Adamawa (Fulfulde) MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-800-305-9673 (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 1-800-305-9673 (TTY: 711).
11. 한국어 (Korean) - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-305-9673 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
12. Русский (Russian) - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-305-9673 (телетайп: 711).
13. Cushite Oroomiffa (Oromo) - XIYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-305-9673 (TTY: 711).
14. Український (Ukrainian) - УВАГА: Якщо ви говорите українською мовою, перекладацькі послуги, безкоштовно, доступні для вас. Телефонуйте. Телефонуйте 800-305-9673 (TTY: 711).
15. Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-305-9673 (ATS : 711).

## Aviso de no discriminación

Como beneficiario de asistencia económica federal y como agencia del gobierno estatal o local, el Departamento de Servicios Sociales no excluye, niega beneficios ni discrimina de otra manera a ninguna persona por raza, color o país de origen, ni por discapacidad ni edad en el ingreso o el acceso a sus programas, actividades o servicios, o en el tratamiento o el empleo en estos, ya sea que estén dirigidos directamente por el Departamento de Servicios Sociales o mediante un contratista o cualquier otra entidad con la que el Departamento de Servicios Sociales tenga un arreglo para hacer sus programas y actividades; ni por motivos reales o percibidos de raza, color, religión, país de origen, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad en el ingreso o el acceso a sus programas, actividades o servicios, o en el tratamiento o el empleo en estos, cuando los dirija directamente el Departamento de Servicios Sociales o cuando lo hagan beneficiarios secundarios de subvenciones dadas por la Oficina sobre la Violencia contra la Mujer del Departamento de Justicia de los Estados Unidos.

El Departamento de Servicios Sociales da:

1. Recursos y servicios gratis para que las personas con discapacidades puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como:
  1. Intérpretes de lengua de señas calificados
  2. Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
2. Servicios de idiomas gratis para personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  1. Intérpretes calificados
  2. Información escrita en otros idiomas

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

Si cree que el DSS no le dio estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo o una 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](mailto:DSSInfo@state.sd.us). Puede presentar un reclamo o una queja formal por discriminación personalmente o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja o queja formal por discriminación, el coordinador de discriminación, director de la División de Servicios Legales del DSS, está para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que puede encontrar en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o 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). Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Esta declaración se hace según las disposiciones del título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, el título II de la Ley sobre Americanos con Discapacidades de 1990, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, y la reglamentación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. según estas leyes en el título 45, partes 80, 84 y 91 del Código de Reglamentos Federales (CFR), y el título 28, parte 35 del CFR, la Ley Ómnibus para el Control de la Delincuencia y Calles Seguras de 1968, el título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, Trato Igualitario para Religiones Basadas en la Fe en el título 28, parte 38 del CFR, la Reautorización de la Ley contra la Violencia hacia las Mujeres de 2013, y la sección 1557 de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio.

Usted...

Incluyó los “Artículos que solicitamos” descritos en la solicitud.

2. Firme y escriba la fecha abajo.

Firmando abajo, acepto que:

1. Entiendo que cualquier declaración falsa que pueda hacer y cualquier falla de mi parte para informar cualquier posibilidad en circunstancia que pudiera afectar mi elegibilidad para el pago de los programas administrados por el Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur constituye un delito y que podría ser procesado bajo las leyes penales de Dakota del Sur.
2. Acepto dar información a pedido del Departamento de Servicios Sociales sobre cualquier bien o patrimonio que pueda estar sujeto a recuperación, recuperación de patrimonio o gravámenes de asistencia médica por parte del Estado de Dakota del Sur.

**El solicitante debe firmar la solicitud a menos que esté incapacitado o representado por un tutor legal (designado por el tribunal). Un representante que puede tomar decisiones sobre la salud puede firmar la solicitud en nombre del solicitante incapacitado o fallecido. La marca del solicitante debe ser atestiguada por una persona familiarizada con el solicitante.**

### Autorización para dar y revelar información

Por la presente autorizo a cualquier persona, agencia o institución a dar la información solicitada por el Departamento de Servicios Sociales sobre mí o mi familia, y permito la inspección y reproducción de los registros en su posesión, sobre mí o mi familia, por cualquier representante debidamente autorizado del Departamento. Además, autorizo al Departamento a revelar dicha información a proveedores o a agencias estatales o federales colaboradoras.

Esta autorización se da solo en relación al uso que el Departamento le dé en la administración de sus programas y para ningún otro propósito. Continuará en vigor hasta el momento en que declare por escrito que ya no es válida.

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

Solicitante		Cónyuge	
<b>Firma arriba</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma arriba</b>	<b>Fecha</b>
_____		_____	
<b>Nombre en letra de molde</b>		<b>Nombre en letra de molde</b>	
Si usted es padre, tutor, representante autorizado, administrador designado por el tribunal, albacea o tiene un poder notarial para esta persona, firme abajo:			
_____			
<b>Firme aquí (debe dar prueba)</b>			<b>Fecha</b>
<b>Firme aquí si es un testigo</b> (solo es necesario si alguien arriba firmó con una “X” u otra marca)			<b>Fecha</b>
<b>Nombre del testigo en letra de molde</b>			