

### Solicitud de asistencia económica

Strong Families - South Dakota's Foundation and Our Future



¿Qué es la asistencia económica?

Los programas de asistencia económica ayudan a individuos, familias, niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidades y ancianos con bajos ingresos proporcionándoles servicios médicos, nutricionales, financieros y de gestión de casos. Puede utilizar esta solicitud para solicitar Medicaid, el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o cualquier combinación de estos programas.



## ¿Cuándo recibiré la asistencia?

- **SNAP:** Recibirá los beneficios del SNAP en un plazo de 30 días si reúne los requisitos. Si resulta elegible, al cumplir con uno de los siguientes criterios, recibirá los beneficios en un plazo de 7 días:
  - Grupo familiar con ingresos mensuales brutos inferiores a \$150 y recursos iguales o inferiores a \$100.
  - Grupo familiar cuyos gastos de alquiler, hipoteca y servicios públicos superan los ingresos brutos mensuales y los recursos del hogar.
  - Grupo familiar con trabajadores agrícolas migrantes o por temporadas con recursos iguales o inferiores a \$100, cuyos ingresos están en interrupción o comenzando.
- Asistencia médica: En un plazo de 45 días se le comunicará si reúne los requisitos.
- TANF: En un plazo de 30 días se le comunicará si reúne los requisitos.



Presente su solicitud más rápido en línea Puede presentar su solicitud en línea en dss.sd.gov/applyonline



Qué puede necesitar para presentar su solicitud

- Su número de Seguro Social (o número de documento si es un inmigrante que reúne los requisitos)
- Información sobre el empleador y los ingresos (por ejemplo, recibos de sueldo, formularios W-2 o declaraciones de salarios e impuestos)
- Información sobre recursos (por ejemplo, extractos bancarios, contratos de seguros y otros acuerdos contractuales)
- Información sobre gastos (por ejemplo, contratos de alquiler o facturas de servicios públicos)



¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos por sus ingresos, recursos, gastos y otros datos para que sepa a qué beneficios tiene derecho.

Mantendremos la privacidad y seguridad de toda la información que nos proporcione, tal y como exige la ley. Para consultar nuestro Aviso de prácticas de privacidad, vaya a dss.sd.gov/keyresources/hipaa/



¿Cuál es el siguiente paso?

TIENE DERECHO A PRESENTAR ESTA SOLICITUD CON SOLO COMPLETAR SU NOMBRE, DIRECCIÓN Y FIRMA EN LA PÁGINA 3. Si reúne los requisitos, LOS BENEFICIOS COMENZARÁN A APLICAR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE RECIBAMOS SU NOMBRE, DIRECCIÓN Y FIRMA en la página 3. Envíe su solicitud por correo o fax o llévela a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS). Si no tiene toda la información que le pedimos, nos pondremos en contacto con usted. Para determinar si reúne los requisitos, debemos disponer de la solicitud completa y de su firma en la página 19. Si solicita el SNAP o la TANF, debe asistir a una entrevista. Nos pondremos en contacto con usted para concertar la entrevista.



Reciba ayuda con esta solicitud

• En línea: dss.sd.gov

• Por teléfono: Llame a su oficina local dss.sd.gov/findyourlocaloffice/

En persona: Acuda a su oficina local dss.sd.gov/findyourlocaloffice/

## Asistencia con el idioma

- 1. **English (inglés) -** ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available. Please, call 1-877-999-5612.
- 2. **Deutsch (alemán) -** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-999-5612.
- 5612.
- 5. **Tiếng Việt (vietnamita) -** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-999-5612.
- 6. **नेपाली (nepalí) -** ध्यान दनहु ोस:् तपाइले नेपाल बोल्नहन्छ भन तपाइको ननम्त भाषा सहायता सवाहरू नःशल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गनहु ोसर ् 1-877-999-5612.
- 7. **Srpsko-hrvatski (serbocroata) -** OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-877-999-5612.
- 9. Sudanic **Adamawa (fulfulde)** MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-877-999-5612.
- 10. **Tagalog (tagalo/filipino) -** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-999-5612.
- 11. **한국어 (coreano) -** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-999-5612. 번으로 전화해 주십시오.
- 12. **Русский (ruso) -** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-999-5612.
- 13. **Cushite Oroomiffa (oromo) -** XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-877-999-5612.
- 14. Український (ucraniano) УВАГА: Якщо ви говорити українською мовою, перекладацькі послуги, безкоштовно, доступні для вас. Телефонуйте. Телефонуйте 1-877-999-5612.
- Français (francés) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-999-5612.

Caso #	Sección: 1	

Cuéntenos sobre usted				
NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNI	DO NOMBRE	APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO	O SOCIAL		
DIRECCIÓN RESIDENCIAL				
CIUDAD	ESTADO	CONDADO		CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE	LA DIRECCIÓN RESID	ENCIAL)		
CIUDAD	ESTADO	CONDADO		CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO				ELÉFONO SECUNDARIO (OPCIONAL)
INDICACIONES PARA LLEGAR A SU DOMIC	CILIO (SI NO TIENE DII	RECCIÓN)		¿VIVE EN UNA RESERVA INDÍGENA?
ENTRE LAS 8 a. m. Y LAS 5 p. m., ¿CUÁL ES PONERSE EN CONTACTO CON USTED?	EL MEJOR HORARIO P	ARA DIR	ECCIÓN DE COI	RREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)
¿Qué programas solicita?				
SNAP TANF ASISTENCIA M	IÉDICA			
	ED EN EL PLAZO DE I			TREVISTA CON UN ESPECIALISTA EN EMPLEO. TIR DEL DÍA EN EL QUE RECIBAMOS ESTA
□ SÍ □ NO			LOS ÚLTIMOS	TRES (3) MESES SI SOLICITA SEGURO MÉDICO?
EN CASO AFIRMATIVO, ¿HACE CUÁNTOS M UNO DOS TRES	MESES NECESITA AYU	JDA?		
¿Necesita servicios de interpre	etación?			
□ SÍ □ NO		ASO AFIRMAT	TVO, IDIOMA PR	REFERIDO
¿Necesita una tarjeta de transf South Dakota?	erencia electrór	nica de be	neficios (El	ectronic Benefit Transfer, EBT) de
SÍ NO Si elige SÍ o no responde, se le enviará por correo	una tarjeta de EBT y su a	ıntigua tarjeta n	o funcionará. Si eli	ige NO, no recibirá una tarieta de EBT.
Firma		<u> </u>		
	TO DE SERVICIOS SOCI NCIA MÉDICA. ESTA INF	IALES DE SOUT ORMACIÓN ES	TH DAKOTA TODA VERDADERA Y CO	A LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA REVISAR MI DRRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.
Y TANF, DEBE COMPLETAR LA TOTALIDAD DE	LA SOLICITUD, ASISTIR A PARA UN HIJO, SUS DAT	A UNA ENTREV OS PARA SNAP	ISTA Y FACILITAF	RECIBIR CUALQUIER BENEFICIO. EN EL CASO DE SNAP R UN DOCUMENTO DE IDENTIDAD PARA RECIBIR LOS PARA DETERMINAR SI REÚNE LOS REQUISITOS PARA
Uso exclusivo de la Agencia				
URGENTE: SÍ NO	FECHA DE RI	ECEPCIÓN		NÚMERO DE CASO
SOLICITUD: SÍ RENOVACIÓN: S	İ			

Esta palina se ha deiado

intencionalmente.

## 1. ¿Quién vive en su hogar?

ENUMERE TODAS LAS PERSONAS DE SU HOGAR, AUNQUE NO SOLICITE ASISTENCIA PARA ELLOS.

- COMPLETAR EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y LA NACIONALIDAD ES OPCIONAL PARA QUIENES NO SOLICITEN ASISTENCIA.
- COMPLETAR LOS APARTADOS DE PAÍS DE NACIMIENTO, ESTADO CIVIL, ÚLTIMO GRADO COMPLETADO, SEXO, RAZA Y ETNIA SON OPCIONALES Y NO AFECTARÁN SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS NI EL NIVEL DE SUS BENEFICIOS. EL OBJETIVO DE ESTA RECOPILACIÓN DE DATOS ES GARANTIZAR QUE LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA SE DISTRIBUYAN SIN DISTINCIÓN DE RAZA, COLOR U ORIGEN NACIONAL.
- \* Códigos de estado civil: N- Nunca me casé/soltero C- Casado S- Separado D- Divorciado V- Viudo
- \*\* Códigos de razas: B- Blanco NA- Nativo americano/nativo de Alaska A- Negro H- Hawaiano/nativo de las islas del Pacífico O- Asiático

Marque el	Nombre, inicial del	Relación con usted	Número de	Fecha de nacimiento	Sexo	* Estado civil	** Raza	Ciudadano estadounid	¿Esta persona
programa a continuación	segundo nombre, apellido	(cónyuge, hijo, hermano, amigo, etc.)	<u>Seguro</u> <u>Social</u>	País de nacimiento	(Marque una opción)	<u>Último grado</u> completado	<u>Etnia:</u> (کHispano o latino? Marque S o N)	ense (Marque una opción)	prepara y come las comidas con usted?
☐ SNAP									
Médica		Yo			☐ M		□ sí	□ sí	N/C
☐ TANF					F		_	□ NO	
Ninguno							□ NO		
☐ SNAP								- ai	- ai
☐ Médica					М		∏ sí	□ sí	□ sí
☐ TANF					F		_	□ NO	□ NO
Ninguno							□ NO		
☐ SNAP								- ai	- ai
☐ Médica					М		□ SÍ	□ si	□ si
☐ TANF					F		□ NO	□ NO	□ NO
Ninguno									
☐ SNAP									
Médica					М		□ SÍ	□ sí	□ sí
☐ TANF					F		□ NO	□ NO	□ NO
Ninguno									
☐ SNAP								□ ai	
☐ Médica					М		□ SÍ	□ si	☐ SÍ
☐ TANF					F		□ NO	□ NO	☐ NO
Ninguno									
☐ SNAP								□ at	□ ci
					М		□ SÍ	□ sí	□ sí
☐ TANF					F		□ NO	□ NO	□ NO
Ninguno									
☐ SNAP								□ cź	L cź
☐ Médica					М		∏ SÍ	□ sí	□ sí
☐ TANF					F		□ NO	□ NO	□ NO
Ninguno									
☐ SNAP								□ cź	□ ci
					М		□ sí	□ sí	□ si
☐ TANF					F		□ NO	□ NO	□ NO
Ninguno									
☐ SNAP					Пм			□ cf	□ cí
					☐ M		□ SÍ	□ sí	□ sí
☐ TANF					F		□ NO	□ NO	□ NO
Ninguno									

2. Alias					
¿ALGUIEN EN SU HOGAR USA	A OTROS NOMBRES	S (APELLIDOS DE SOL	TERA, ALIAS, ETC.)?		
SÍ NO	W I I P		OTRO(G) NOVERRE(G)	LIEU IZ A DO (C)	
MIEMBRO DEL GRUPO FAM	IILIAR		OTRO(S) NOMBRE(S)	UTILIZADO(S)	
3. Información sobre	inmigración				
¿ALGUNA DE LAS PERSONAS	S QUE SOLICITAN A	ASISTENCIA NO ES CIU	JDADANO ESTADOUNIDI	ENSE? EN CASO AFIRMA	TIVO, COMPLETE
TODAS LAS PREGUNTAS A C	ONTINUACIÓN.				
SÍ NO	TINO DE	Mareno pr	EEGHA DE	AMAZE PAY	MILITAR ACTIVO
NOMBRE Y NRO. DE REGISTRO DE	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE VENCIMIENT		MILITAR ACTIVO O VETERANO DE
EXTRANJERO				<b>DESDE 1996</b> ☐ SÍ	EE. UU.
				□ NO	□ NO
				☐ SÍ	☐ SÍ
				□ NO	□ NO
				☐ sí ☐ NO	☐ SÍ ☐ NO
				□ NO	□ NO
				□ NO	□ NO
	1	1	1	-	
4. Programas de salu					
¿ALGÚN MIEMBRO NATIVO A SERVICIOS DE SALUD PARA SALUD TRIBALES?	AMERICANO DEL O INDÍGENAS (INDIA	GRUPO FAMILIAR HA I N HEALTH SERVICES,	RECIBIDO UN SERVICIO ( IHS), SALUD URBANA P.	O REÚNE LOS REQUISITO ARA INDÍGENAS U OTRO	OS PARA RECIBIR OS PROGRAMAS DE
☐ SÍ ☐ NO					
NOMBRE DEL MIEMBRO DE	EL GRUPO FAMILI	AR	NOMBRE DEL MIEMI	BRO DEL GRUPO FAMII	LIAR
5. Representante aut	orizado				
¿DESEA QUE ALGUIEN LE AY COMO REPRESENTANTE AUT	YUDE A COMPLETA FORIZADO? EN CAS	IR SU SOLICITUD, LE I SO AFIRMATIVO, COM	FACILITE INFORMACIÓN PLETE LA INFORMACIÓ!	EN SU ENTREVISTA O H N A CONTINUACIÓN.	ABLE EN SU NOMBRE
EN CASO AFIRMATIVO, IND	MOUE EL NOMBRE	RELACIÓN I	J ORGANIZACIÓN		
	TQOL EL TOMBIA	in i	, ONG. 1, 122 10101		
DIRECCIÓN POSTAL					
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO		DIRECCIÓN	DE CORREO ELECTRÓN	NICO	
¿A QUÉ PROGRAMA(S) COR					
SNAP ASISTENCIA	MÉDICA				

6. Información esco	olar				
¿USTED O ALGUIEN DEL HOGA	AR, INCLUIDOS LOS NIÑO	S, VA A LA ESCUELA? EN	N CASO AFIRMATIV	O, COMPLETE LA INFORMA	CIÓN A CONTINUACIÓN.
☐ SÍ ☐ NO					
NOMBRE	NOMBRE DE LA ESCUELA	ESTADO DE LA I	INSCRIPCIÓN	FECHA PREVISTA DE GRADUACIÓN	SI SE TRATA DE UN INTERNADO, ¿PERMANECE AHÍ DURANTE LA NOCHE?
		☐ TIEMPO COMPI	LETO		□ sí
		☐ MEDIO TIEMPO			□ NO
		☐ MENOS DE MED	DIO TIEMPO		
		☐ TIEMPO COMPI	LETO		□ sí
		☐ MEDIO TIEMPO			□ NO
		☐ MENOS DE MED	DIO TIEMPO		
		☐ TIEMPO COMPI	LETO		□ si
		☐ MEDIO TIEMPO			□ NO
		☐ MENOS DE MED	DIO TIEMPO		
		☐ TIEMPO COMPI	LETO		□ sí
		☐ MEDIO TIEMPO			□ NO
		☐ MENOS DE MED	DIO TIEMPO		
7. Información sobi					
¿USTED PLANEA PRESENTAR DECLARACIÓN DE IMPUESTOS	UNA DECLARACIÓN DE IN S DE OTRA PERSONA EL A	MPUESTOS FEDERALES I ÑO OUE VIENE? EN CAS	EL AÑO QUE VIENE SO AFIRMATIVO, CC	O VA A SER DECLARADO C IMPLETE LA INFORMACIÓN	OMO DEPENDIENTE EN LA A CONTINUACIÓN.
□ SÍ □ NO					
¿PRESENTARÁ UNA DECLA	A D A CIÓN CONTUNTA C	YON LIN CÓNVLIGE?	EN CASO AEID	MATIVO, INDIQUE EL NO	MDDE DEL CÓNVIGE
GRESENTARA UNA DECLA	ARACION CONJUNTA C	ON UN CONTUGE?	EN CASO AFIRI	MATIVO, INDIQUE EL NO	MIBRE DEL CONTUGE
_		, , p , grász pr	EN GLGG LETT	ALTERIO DIDIONEL CON	(O) MDDG DE V OG
¿DECLARARÁ ALGÚN DEP IMPUESTOS?	ENDIENTE EN SU DECI	LARACION DE	DEPENDIENTES	MATIVO, INDIQUE LOS N S	OMBRES DE LOS
☐ SÍ ☐ NO					
¿USTED SERÁ DECLARADO		E EN LA		MATIVO, INDIQUE EL NO	MBRE DEL DECLARANTE DE
DECLARACIÓN DE ALGUIE	EN MAS?		IMPUESTOS		
□ SÍ □ NO					
¿ALGUIEN MÁS EN SU HOGAF	R PLANEA PRESENTAR UN	A DECLARACIÓN DE IM	PUESTOS FEDERAL	ES EL PRÓXIMO AÑO O ALC	GUIEN MÁS VA A SER
DECLARADO COMO DEPENDIA INFORMACIÓN A CONTINUAC	ENTE EN LA DECLARACIÓ	N DE IMPUESTOS DE OT	RA PERSONA EL PR	RÓXIMO AÑO? EN CASO AFII	RMATIVO, COMPLETE LA
	ioiv.				
NOMBRE					
¿LA PERSONA PRESENTAR	Á UNA DECLARACIÓN	CONJUNTA CON	EN CASO AFIRI	MATIVO, INDIQUE EL NO	MBRE DEL CÓNYUGE
UN CÓNYUGE?					
☐ SÍ ☐ NO	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
¿LA PERSONA DECLARARA DECLARACIÓN DE IMPUES	Á ALGÚN DEPENDIENT STOS?	E EN SU	EN CASO AFIRM DEPENDIENTES	MATIVO, INDIQUE LOS N	IOMBRES DE LOS
☐ SÍ ☐ NO	3103:		DEFENDIENTE	3	
¿LA PERSONA SERÁ DECLA		DIENTE EN LA		MATIVO, INDIQUE EL NO	OMBRE DEL DECLARANTE DE
DECLARACIÓN DE ALGUIE	EN MÁS?		IMPUESTOS		
☐ SÍ ☐ NO					
			•		
NOMBRE					
¿LA PERSONA PRESENTAR	Á UNA DECLARACIÓN	CONJUNTA CON	EN CASO AFIRM	MATIVO, INDIQUE EL NO	OMBRE DEL CÓNYUGE
ÜN CÓNYUGE?  ☐ SÍ ☐ NO					
¿LA PERSONA DECLARARA	Á ALGÚN DEPENDIENT	E EN SU	EN CASO AFIRM	MATIVO, INDIQUE LOS N	IOMBRES DE LOS
DECLARACIÓN DE IMPUES			DEPENDIENTES		
☐ SÍ ☐ NO					

¿LA PERSONA SERÁ DECLARADA COMO DEPE DECLARACIÓN DE ALGUIEN MÁS?	NDIENTE EN LA EN CASO AFII IMPUESTOS	RMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DEL DECLARANTE DE
□ sí □ no		
NOMBRE		
¿LA PERSONA PRESENTARÁ UNA DECLARACIO UN CÓNYUGE?	ÓN CONJUNTA CON EN CASO AFII	RMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DEL CÓNYUGE
□ SÍ □ NO		
¿LA PERSONA DECLARARÁ ALGÚN DEPENDIE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS?	NTE EN SU EN CASO AFII DEPENDIENT	RMATIVO, INDIQUE LOS NOMBRES DE LOS ES
□ sí □ NO		
¿LA PERSONA SERÁ DECLARADA COMO DEPE DECLARACIÓN DE ALGUIEN MÁS?	NDIENTE EN LA EN CASO AFII IMPUESTOS	RMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DEL DECLARANTE DE
□ sí □ NO		
8. Información sobre progenitor(e	es) que no está(n) en el hoga	r
		QUE VIVE FUERA DEL HOGAR? EN CASO AFIRMATIVO,
COMPLETE LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN	N.	(02 , 1, 2, 02, 1, 02, 1, 0, 1, 0, 1, 0, 1, 0, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 0, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1,
NOMBRE DEL PROGENITOR	NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S)
NOMBRE DEL PROGENITOR	NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S)
NOMBRE DEL PROGENITOR	NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S)
NOMBRE DEL PROGENITOR	NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S)
9. Otros progenitores con hijos qu	ue viven en su hogar	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	HOGAR? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LAS
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PI	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	HOGAR? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LAS
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PI PREGUNTAS A CONTINUACIÓN.	ROGENITORES CON HIJOS VIVEN EN SU	HOGAR? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LAS  DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PI PREGUNTAS A CONTINUACIÓN. ☐ SÍ ☐ NO	ROGENITORES CON HIJOS VIVEN EN SU  NOMBRE(S) I	
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  ☐ SÍ ☐ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR	NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PI PREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  10. Embarazo	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  10. Embarazo  ¿HAY ALGUIEN CURSANDO UN EMBARAZO EN	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  10. Embarazo  ¿HAY ALGUIEN CURSANDO UN EMBARAZO EN SÍ NO	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  10. Embarazo  ¿HAY ALGUIEN CURSANDO UN EMBARAZO EN SÍ NO	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  10. Embarazo  ¿HAY ALGUIEN CURSANDO UN EMBARAZO EN SÍ NO  NOMBRE	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  FECHA PREVISTA DE PARTO	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  10. Embarazo  ¿HAY ALGUIEN CURSANDO UN EMBARAZO EN SÍ NO  NOMBRE  11. Trabajador agrícola migrante	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)  NÚMERO DE BEBÉS PREVISTOS
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  10. Embarazo  ¿HAY ALGUIEN CURSANDO UN EMBARAZO EN SÍ NO  NOMBRE	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)  NÚMERO DE BEBÉS PREVISTOS
APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PIPREGUNTAS A CONTINUACIÓN.  SÍ NO  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  NOMBRE DEL PROGENITOR  10. Embarazo  ¿HAY ALGUIEN CURSANDO UN EMBARAZO EN SÍ NO  NOMBRE  11. Trabajador agrícola migrante c ¿HAY ALGUIEN EN SU HOGAR QUE SEA TRABA	NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I  NOMBRE(S) I	DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S) DEL/DE LOS HIJO(S)  NÚMERO DE BEBÉS PREVISTOS

12. Antecedentes penale	es					
¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGA			a co uma			
<ul><li>PORQUE EVITA PROCES</li><li>PORQUE EVITA SER DET</li></ul>				NTENTO DE DE	ELITO GRAVE	
<ul> <li>PORQUE VIOLA LA LIBE</li> </ul>						
☐ SÍ ☐ NO						
NOMBRE(S)						
				,		
¿ALGUIEN EN SU HOGAR HA SIDO  RECIBIR DE FORMA FRA						
SUPLEMENTARIO (SUPP	PLEMENTAL SECURITY I	NCOME, SSI)	EN CUALQUIER ESTA	DO;		
<ul> <li>COMPRAR O VENDER B EXPLOSIVOS O DROGAS</li> </ul>		OR \$500 O MA	S; CANJEAR BENEFICI	IOS DEL SNAP	POR ARMAS, M	IUNICIONES,
SÍ □ NO	,					
NOMBRE(S)						
NOMBRE(5)						
¿ALGUIEN EN SU HOGAR HA SIDO			VE DESPUÉS DEL 7 DE	FEBRERO DE	2014 Y NO ESTA	Á CUMPLIENDO
CON LOS TÉRMINOS DE SU SENTI	ENCIA O LIBERTAD CON	IDICIONAL?				
□ SÍ □ NO						
NOMBRE(S)				ESTADO DO	NDE FUE COND	ENADO
13. Actividades de la vid						
¿ALGUNA PERSONA EN SU HOGA VESTIRSE, ENCARGARSE DEL CU						
SÍ NO	IDADO I ERSONAL, E I C.	.j. LN CASO A	ii iidwa 11 v 0, ii vbiqo i	LELLOS NOM	BRE(5) A COIVI	ivoación.
NOMBRE(S)						
14. Instituciones						
¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGA	R ESTÁ VIVIENDO EN UI	NA INSTITUC	IÓN? EN CASO AFIRM	ATIVO, INDIOI	JE EL/LOS NOM	(BRE(S) A
CONTINUACIÓN. <i>UNA INSTITUCIÓ</i>	N ES UN CENTRO QUE LA	E PROPORCIO	NA AL MENOS EL 50 %	DE LAS COMII	DAS, COMO UN	CENTRO DE
TRATAMIENTO CONTRA EL ALCOH VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, UNA CÁI		CCION, UN REI	FUGIO PARA PERSONA	S SIN HOGAR, U	JN REFUGIO PA	IRA MUJERES
☐ SÍ ☐ NO	KCBE, ETC.)					
NOMBRE DE LA PERSONA EN EI	L CENTRO		NOMBRE DEL CENT	ΓRO		
TIPO DE CENTRO			FECHA DE INGRESO	0	IMPORTE FA	CTURADO
15. Asistencia en otros e		O A CAMEN	DE GLIVIO GAR DAGINA	TDOG LOG INI		CANADA A GAGTERAGA
¿HAY OTROS ESTADOS/TERRITOR ALIMENTARIA, MÉDICA O EN EFR	RIOS EN LOS QUE USTEL ECTIVO? EN CASO AFIRN	O ALGUIEN MATIVO, COM	DE SU HOGAR, INCLU IPLETE LA INFORMAC	IDOS LOS HIJO IÓN A CONTIN	OS, HAYAN REC JUACIÓN.	CIBIDO ASISTENCIA
□ SÍ □ NO		,				
NOMBRE	TIPO DE BENEFICIO	CONDADO	O, ESTADO/TERRITO	DIO FECII	A DE INICIO	FECHA DE CESE
	(MÉDICO/SNAP/TANF)		de contacto, si se conoc		A DE INICIO	FECHA DE CESE

16. Productos básicos tribale	es					
¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR RECI CONTINUACIÓN.	BE PRODU	JCTOS BÁSICO	S TRIBALES? EN	CASO AFIRI	MATIVO, INDIQUE EL	/LOS NOMBRE(S) A
☐ SÍ ☐ NO						
NOMBRE(S)						
17. Inhabilitaciones						
¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR HA S INFRACCIÓN INTENCIONAL DEL PROGR						
□ SÍ □ NO						
NOMBRE(S)						
18. Información sobre Medica					DECDM CIÓN A CO	NAME OF ONE
¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR TIEN  ☐ SÍ ☐ NO	IE MEDICA	RE? EN CASO	AFIRMATIVO, CC	MPLETE LA	A INFORMACION A CC	ONTINUACION.
			USTED		C	ÓNYUGE
TIPO DE PLAN		PARTE A	PARTEB P	ARTE C	☐ PARTE A ☐	PARTE B PARTE C
		PARTE D			☐ PARTE D	
NOMBRE DEL PLAN DE LA PARTE D (S CORRESPONDE)	SI .					
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR						
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE						
19. Ingresos procedentes de	fuontos	e distintas	al omploo			
¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR, INCL				FUENTES D	ISTINTAS AL TRABA	IO?
* ENTRE LOS EJEMPLOS SE INCLUYEN I					isinviris ite itaibi	
<ul><li>SEGURO SOCIAL</li><li>SSI</li></ul>		•	MANUTENCIÓN PENSIÓN ALIM		•	INGRESOS POR ALQUILER
CUENTAS DE JUBILACIÓN		•	INDEMNIZACIÓ		IDENTE •	ANUALIDADES
<ul> <li>FONDOS DE PENSIONES</li> </ul>			LABORAL		•	FIDEICOMISOS
☐ SÍ ☐ NO		•	SEGURO DE DE BENEFICIOS PA		ANOS •	REGALÍAS OTRAS FUENTES
NOMBRE	TIPO DE	INGRESO		IM	PORTE	CON QUÉ FRECUENCIA
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		

<sup>\*</sup> Debe proporcionar un comprobante de cualquiera de los ingresos mencionados anteriormente. Pueden ser cartas de adjudicación, extractos de beneficios, contratos de alquiler, etc.

20. Ingresos laborales			
¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR, INCLUIDOS LOS HIJOS, TIENE ING AFIRMATIVO, ENUMERE A CONTINUACIÓN TODOS LOS INGRESOS LA ÚLTIMOS 30 DÍAS.			
□ SÍ □ NO			
NOMBRE DEL TRABAJADOR	NOMBRE DEL EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE EMPLEO	PROMEDIO DE HORAS TRABAJA	DAS POR SEM	ANA
☐ JORNADA COMPLETA ☐ MEDIA JORNADA			
☐ TEMPORAL ☐ POR TEMPORADA			
SALARIOS/PROPINAS (ANTES DE IMPUESTOS)	¿CON QUÉ FRECUENCIA?  ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL	☐ DOS VE	CES POR MES
	☐ MENSUAL ☐ OTRO		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	NOMBRE DEL EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE EMPLEO	PROMEDIO DE HORAS TRABAJA	DAS POR SEM	ANA
☐ JORNADA COMPLETA ☐ MEDIA JORNADA			
☐ TEMPORAL ☐ POR TEMPORADA			
SALARIOS/PROPINAS (ANTES DE IMPUESTOS)	¿CON QUÉ FRECUENCIA?  ☐ SEMANAL ☐ OUINCENAL	□ pog væ	CEG DOD MEG
	☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ OTRO	□ DOS VE	CES POR MES
	WENSUAL   OTRO		
NOMBRE DEL TRABAJADOR	NOMBRE DEL EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE EMPLEO	PROMEDIO DE HORAS TRABAJA	DAS POR SEM	ANA
☐ JORNADA COMPLETA ☐ MEDIA JORNADA			
☐ TEMPORAL ☐ POR TEMPORADA			
SALARIOS/PROPINAS (ANTES DE IMPUESTOS)	¿CON QUÉ FRECUENCIA?		
	SEMANAL QUINCENAL	DOS VI	ECES POR MES
	☐ MENSUAL ☐ OTRO		
21. Empleo que finalizó			
¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR TIENE INGRESOS LABORALES QUE AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN E INC	E HAYAN FINALIZADO EN LOS ÚLTIN LUYA EL COMPROBANTE DE SU ÚLT	MOS 60 DÍAS? Ε ΓΙΜΟ CHEQUE.	N CASO
NOMBRE	EMPLEADOR		
I COMPARE	EMI LEADOR		
ÚLTIMO DÍA TRABAJADO	FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE		
MOTIVO DE LA BAJA	l		

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR		THALMENT	E EN HIJEI GA	2 EN CASO	AFIDN	MATIVO COM	DI ETE I A INEODMACI	ÓN A
CONTINUACIÓN E INCLUYA EL CO					AFIK	via i i v o, com	FLETE LA INFORMACIO	JN A
□ SÍ □ NO								
NOMBRE				EMPLEA	DOR			
ÚLTIMO DÍA TRABAJADO				FECHA I	DEL Ú	<b>LTIMO CHE</b> (	QUE	
23. Problemas para traba	ajar							
¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR		DE TRABAJA	R DEBIDO A U	JN PROBLE	MA DI	E SALUD?		
☐ SÍ ☐ NO								
NOMBRE		DEL SEGU DISABILI ASUNTOS	CITADO UN SI JRO SOCIAL (; FY INSURANC DE VETERAN MNIZACIÓN P	SOCIAL SE CE, SSDI)/SS NOS (VETEI	CURI' I/BEN RAN A	TY EFICIOS DE FFAIRS,	EN CASO AFIRMATI SOLICITUD	VO, FECHA DE
		□ sí	□ NO					
		□ sí	□ NO					
24. Trabajo autónomo ¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR	TDADAI	A DE EODM	ALITÓNOMA	OPEALIZA	Траг	DA IOS ESDOD	ÁDICOS A CAMBIO DE I	DINERO?
SÍ NO	( INADAJ	A DE FORMA	AUTONOMA	O KEALIZA	IKAI	SAJOS ESFORA	ADICOS A CAMBIO DE I	DINEKO:
NOMBRE DEL TRABAJADOR AUT	го́помо	)-		NOMBR	E DE I	LA EMPRESA		
INGRESOS MENSUALES				GASTOS	MEN	SUALES		
25. Ganancias en juegos	de aza	ar o loteri	ía					
¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR	R HA RECI	BIDO GANA	NCIAS EN JUE	GOS DE AZ	AR O	LOTERÍA EN I	LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	EN CASO
AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFO	ORMACIÓ	N A CONTIN	UACIÓN.					
NOMBRE	FEC	CHA DE REC	EPCIÓN	IMPORT	E GA	NADO	SALDO A FECI	HA DE HOY
TOMBRE	- 120	——————————————————————————————————————	- Li Cioi	I MI OKI			SALDO ATEC	
26. Vehículos								
¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR	R, INCLUII	DOS LOS HIJ	OS, ES PROPIE	TARIO O CO	OPROI	PIETARIO DE A	AUTOS, CAMIONES, BA	RCOS O CASAS
RODANTES?  ☐ SÍ ☐ NO								
				1		T		
NOMBRE(S) DEL PROPIETARIO	MARCA	A/MODELO		AÑO		VALOR	IMPORTE ADEUDADO	ARRENDADO
						\$	\$	☐ SÍ ☐ NO
						\$	\$	□ sí □ no
						\$	\$	☐ SÍ ☐ NO
						\$	\$	☐ si ☐ no
SI MENCIONÓ MÁS DE UN VEHÍCU	JLO EN L	A LISTA ANT	ERIOR. ; CUÁI	L UTILIZA C	COMO	 MEDIO DE TR	ANSPORTE PRINCIPAL	
Binec			, (					

27. Bienes inmueb							,
APARTE DE LA CASA EN I O VIVIENDA (INCLUIDAS	LA QUE VIVE, ¿USTED ( LAS CASAS MÓVILES)?	O ALGUIEN EN EL HOO	GAR ES PROPIETAI	RIO/COPR	OPIETAR.	IO DE ALG	ÚN TERRENO, EDIFICIO
□ SÍ □ NO							
NOMBRE(S) DEL PROPIE	TARIO		VALOR			IMPORTI	E ADEUDADO
DIRECCIÓN		CIUDAD			ESTADO	)	CÓDIGO POSTAL
¿ESTA PROPIEDAD ESTÁ	EN VENTA O EN ALQ	UILER?	SI SE ALQUILA,	¿ESTA PI	ROPIEDA	D GENERA	A INGRESOS?
□ SÍ □ NO			□ sí □ 1	NO			
28. Recursos	HOCAR INCLUDOS I	OS HIJOS ATIENE ALG	TÍN DECUDEO2 EN	ITDE LOC	EIEMDI (	OC DE DECI	IDCOC CE INCLLIVEN
LOS SIGUIENTES:  • EFECTIVO  • CUENTAS CORR  (INCLUIDAS LAS  • CERTIFICADOS I  • CAJAS DE SEGUI	IENTES/DE AHORRO CUENTAS CONJUNTAS) DE DEPÓSITO RIDAD	CU JU AC OS IN DI EX N G G G G A C C R C C R C C R C C C C C C C C C C	JENTAS DE BILACIÓN CIONES/BONOS/F MUTUALES DE VERSIÓN RECT PRESS/TARJETAS DINOS JBERNAMENTALE JUALIDADES JIPTOMONEDAS	OND DE	•	PARCELAS PLANES FU FIDEICOM USUFRUCT DERECHOS OTROS OB	S EN EL CEMENTERIO JNERARIOS ISOS FOS VITALICIOS S DE PROPIEDAD JETOS DE VALOR
NOMBRE(S) DEL PROPIETARIO	TIPO DE RECURSO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR		CIÓN, NO CIERA, ET		L BANCO, INST.
			\$		,		
			\$				
			\$				
			\$				
			\$				
29. Seguro de vida ¿USTED O SU CÓNYUGE T			)				
SÍ NO	IENE ALGUNA FOLIZA	DE SEGURO DE VIDA	•				
NOMBRE DEL ASEGURAI NOMBRE, APELLIDO)	DO (NOMBRE, INICIAL	DEL SEGUNDO	NOMBRE DEL	TITULAR	DE LA P	ÓLIZA	
FECHA DE INICIO DE LA	PÓLIZA V	VALOR NOMINAL		V	ALOR EN	EFECTIV	0
NOMBRE DE LA ASEGUR	ADORA		NÚMERO DE P	ÓLIZA			
DIRECCIÓN		CIUDAD			ESTADO	)	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL ASEGURAI NOMBRE, APELLIDO)	DO (NOMBRE, INICIAL	DEL SEGUNDO	NOMBRE DEL	TITULAR	DE LA P	ÓLIZA	
FECHA DE INICIO DE LA	PÓLIZA V	VALOR NOMINAL		V	ALOR EN	EFECTIV	0
NOMBRE DE LA ASEGUR	ADORA		NÚMERO DE P	ÓLIZA			
DIRECCIÓN		CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL

LICTED O CH CÓNVILCE T	_		ita asistencia n	•				
	TIENE UN SI	EGURO MÉD	ICO PRIVADO O UN S	EGURO SUPLEMENTARIO	DE MEDIC.	ARE?		
☐ SÍ ☐ NO				1				
NOMBRE DEL ASEGURA	DO			NOMBRE DEL TITULA	R DE LA PO	DLIZA		
NOMBRE DE LA ASEGUR	RADORA	N	NÚMERO DE PÓLIZA		FECHA DE	INICIO DI	E LA PÓ	DLIZA
DIRECCIÓN DE LA EMPR	RESA		CIUDAD		ESTADO	)	CÓDI	GO POSTAL
¿CUÁNTO CUESTA LA PR	RIMA?	¿CON QUÉ	E <b>FRECUENCIA SE PA</b> JAL TRIMESTE	AGA LA PRIMA?	TIPO DE C RECETAS,		A (MEI	DIGAP,
¿ESTÁ ASEGURADO A TE	RAVÉS DE U	JN EMPLEA	DOR?	EN CASO AFIRMATIVO	), INDIQUE	EL NOMB	RE DEI	L EMPLEADOR
31. Antecedentes of	de segur	o médic	o (si solic <u>ita a</u> si	stencia médica)				
¿ALGÚN MIEMBRO DEL H ÚLTIMOS 3 MESES? EN CA ☐ SÍ ☐ NO					BERTURA I	DEL SEGUR	O MÉDI	ICO EN LOS
NOMBRE			MOTIVO					
32. Transferencias	de recu	rsos						
¿USTED O ALGUIEN EN EI VEHÍCULOS O EDIFICIOS) ☐ SÍ ☐ NO	L HOGAR H	A VENDIDO,						
NOMBRE		FECHA D		¿QUÉ SE HA TRANSFEI	RIDO?	VALOR		
NOMBRE		FECHA D TRANSFI		¿QUÉ SE HA TRANSFEI	RIDO?	VALOR		
NOMBRE		_		¿QUÉ SE HA TRANSFEI	RIDO?	VALOR		
NOMBRE		_		¿QUÉ SE HA TRANSFEI	RIDO?	VALOR		
NOMBRE		_		¿QUÉ SE HA TRANSFEI	RIDO?	VALOR		
		_		¿QUÉ SE HA TRANSFEI	RIDO?	VALOR		
33. Gastos de aloja		TRANSFI	ERENCIA					
33. Gastos de aloja ¿USTED O ALGUIEN EN EL	L HOGAR PA	TRANSFI	ERENCIA  STOS DE ALOJAMIEN				ORMAG	CIÓN A
33. Gastos de aloja ¿USTED O ALGUIEN EN EL CONTINUACIÓN E INCLU	L HOGAR PA	TRANSFI	ERENCIA  STOS DE ALOJAMIEN				ORMAG	CIÓN A
33. Gastos de aloja ¿USTED O ALGUIEN EN EL	L HOGAR PA YA EL COM	TRANSFI	ERENCIA  STOS DE ALOJAMIEN DEL GASTO.	TO? EN CASO AFIRMATIV	O, COMPLI	ETE LA INF	ISTENO QUILE	CIÓN A  CIA CON EL R/SUBVENCION
33. Gastos de aloja ¿USTED O ALGUIEN EN EL CONTINUACIÓN E INCLUY	L HOGAR PA YA EL COM	TRANSFI	ERENCIA  STOS DE ALOJAMIEN DEL GASTO.  NOMBRE Y NÚM	TO? EN CASO AFIRMATIV	O, COMPLI	AS AL AD	ISTENO QUILE	CIA CON EL
33. Gastos de aloja ¿USTED O ALGUIEN EN EI CONTINUACIÓN E INCLUY SÍ NO	L HOGAR PA YA EL COM	TRANSFI	ERENCIA  STOS DE ALOJAMIEN DEL GASTO.  NOMBRE Y NÚM	TO? EN CASO AFIRMATIV	O, COMPLI	AS AL AD	ISTEN( QUILE O	CIA CON EL R/SUBVENCION
33. Gastos de aloja ¿USTED O ALGUIEN EN EL CONTINUACIÓN E INCLUY SÍ NO TIPO ALQUILER ALQUILER DE	L HOGAR PA YA EL COM	TRANSFI	ERENCIA  STOS DE ALOJAMIEN DEL GASTO.  NOMBRE Y NÚM	TO? EN CASO AFIRMATIV	O, COMPLI	AS AL AD	ISTEN( QUILE O	CIA CON EL R/SUBVENCION
33. Gastos de aloja ¿USTED O ALGUIEN EN EI CONTINUACIÓN E INCLUY SÍ NO TIPO  ALQUILER  ALQUILER DE PARCELAS	L HOGAR PA YA EL COM	TRANSFI	ERENCIA  STOS DE ALOJAMIEN DEL GASTO.  NOMBRE Y NÚM	TO? EN CASO AFIRMATIV	O, COMPLI	AS AL AD	ISTEN( QUILE O	CIA CON EL R/SUBVENCION

CUOTAS DE CONDOMINIO						
34. Gastos de serv	icios públ	icos				
¿USTED O ALGUIEN EN E CONTINUACIÓN E INCLU SÍ NO				OS PÚBLICOS? EN CASO AF	FIRMATIVO, CO	MPLETE LA INFORMACIÓN A
☐ CALEFACCIÓN ELÉCT	TRICA 🔲 GA	AS PRO	PANO AC	EITE COMBUSTIBLE C	ALEFACCIÓN A	LEÑA
☐ AIRE ACONDICIONAL	AIRE ACONDICIONADO RECOLECCIÓN DE BASURA			☐ AGUA	☐ AGUA	
☐ ALCANTARILLADO ☐ TELÉFONO			COMBUSTIBLE PARA	COCINAR [	NAR	
				E ASISTENCIA ENERGÉTICA ENERGÉTICA TRIBAL EN LO		RES DE BAJOS RECURSOS (LOW MESES?
35. Gastos médico	os					
	, MEDICAMENT	TOS RECETA	DOS, ANTEOJO			EJEMPLOS SE INCLUYEN ACTURAS DEL DENTISTA, ETC.
NOMBRE		CUÁNTO PO	OR MES	A QUIÉN	CON Q	UÉ FRECUENCIA SE FACTURA
					_	MANAL  QUINCENAL NSUAL  OTRO
						MANAL  QUINCENAL  OSUAL  OTRO
						_
36 Gastos de mar	outención i	nfantil v	nensión al	imentaria		
CASO AFIRMATIVO, COM	PAGA MANUT	ENCIÓN INF.	ANTIL O PENSI		HOGAR POR O	RDEN DE UN TRIBUNAL? EN MPORTE ABONADO.
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM ☐ SÍ ☐ NO	PAGA MANUT IPLETE LA INFO	ENCIÓN INF. ORMACIÓN A	ANTIL O PENS A CONTINUAC	IÓN ALIMENTARIA A OTRO ÓN E INCLUYA EL COMPRO	OBANTE DEL IN	MPORTE ABONADO.
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM	PAGA MANUT IPLETE LA INFO	ENCIÓN INF.	ANTIL O PENS A CONTINUAC	IÓN ALIMENTARIA A OTRO	OBANTE DEL IN	MPORTE ABONADO. DUÉ FRECUENCIA SE FACTURA
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM ☐ SÍ ☐ NO	PAGA MANUT IPLETE LA INFO	ENCIÓN INF. ORMACIÓN A	ANTIL O PENS A CONTINUAC	IÓN ALIMENTARIA A OTRO ÓN E INCLUYA EL COMPRO	CON Q	MPORTE ABONADO. D <b>UÉ FRECUENCIA SE FACTURA</b> MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM ☐ SÍ ☐ NO	PAGA MANUT IPLETE LA INFO	ENCIÓN INF. ORMACIÓN A	ANTIL O PENS A CONTINUAC	IÓN ALIMENTARIA A OTRO ÓN E INCLUYA EL COMPRO	CON Q	MPORTE ABONADO. PUÉ FRECUENCIA SE FACTURA MANAL □ QUINCENAL NSUAL □ OTRO
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM ☐ SÍ ☐ NO	PAGA MANUT IPLETE LA INFO	ENCIÓN INF. ORMACIÓN A	ANTIL O PENS A CONTINUAC	IÓN ALIMENTARIA A OTRO ÓN E INCLUYA EL COMPRO	CON Q SEI	MPORTE ABONADO. D <b>UÉ FRECUENCIA SE FACTURA</b> MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM ☐ SÍ ☐ NO NOMBRE	PAGA MANUT IPLETE LA INFO	ENCIÓN INF ORMACIÓN A CUÁNTO PO	ANTIL O PENSI A CONTINUAC OR MES	IÓN ALIMENTARIA A OTRO ÓN E INCLUYA EL COMPRO	CON Q SEI	MPORTE ABONADO.  DUÉ FRECUENCIA SE FACTURA  MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM SÍ NO NOMBRE	PAGA MANUT IPLETE LA INFO	ENCIÓN INF ORMACIÓN A CUÁNTO PO pendient	ANTIL O PENSIA CONTINUACI	IÓN ALIMENTARIA A OTRO IÓN E INCLUYA EL COMPRO A QUIÉN	CON Q  CON Q  SEI  ME  SEI  ME	MPORTE ABONADO.  ME FRECUENCIA SE FACTURA  MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM SÍ NO NOMBRE  37. Gastos de cuic ¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAC	PAGA MANUT IPLETE LA INFO  dado de de GA POR EL CUIDA	ENCIÓN INFORMACIÓN A  CUÁNTO PO  pendient  ADO DE NIÑOS	ANTIL O PENSIA CONTINUACI  OR MES  OS O ADULTOS PA	IÓN ALIMENTARIA A OTRO ÓN E INCLUYA EL COMPRO	CON Q  CON Q  SEI  ME  SEI  ME  R TRABAJO O ASIS	MPORTE ABONADO.  ME FRECUENCIA SE FACTURA  MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM  ☐ SÍ ☐ NO  NOMBRE  37. Gastos de cuic ¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAC AFIRMATIVO, COMPLETE LA	PAGA MANUT IPLETE LA INFO  dado de de GA POR EL CUIDA INFORMACIÓN A	ENCIÓN INFORMACIÓN A  CUÁNTO PO  Pendient  ADO DE NIÑOS  A CONTINUAC	ANTIL O PENSIA CONTINUACI  OR MES  OS O ADULTOS PA	IÓN ALIMENTARIA A OTRO IÓN E INCLUYA EL COMPRO  A QUIÉN  RA PODER TRABAJAR, BUSCAR EL COMPROBANTE DEL IMPOR	CON Q  CON Q  SEI  ME  SEI  ME  R TRABAJO O ASIR RTE ABONADO.	MPORTE ABONADO.  DUÉ FRECUENCIA SE FACTURA  MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM  ☐ SÍ ☐ NO  NOMBRE   37. Gastos de cuic ¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAC AFIRMATIVO, COMPLETE LA  ☐ SÍ ☐ NO	PAGA MANUT IPLETE LA INFO  dado de de GA POR EL CUIDA INFORMACIÓN A	ENCIÓN INFORMACIÓN A  CUÁNTO PO  Pendient  ADO DE NIÑOS  A CONTINUAC	ANTIL O PENSIA CONTINUACIONE MES  CS O ADULTOS PACIÓN E INCLUYA	IÓN ALIMENTARIA A OTRO IÓN E INCLUYA EL COMPRO  A QUIÉN  RA PODER TRABAJAR, BUSCAR EL COMPROBANTE DEL IMPOR	CON Q SEI ME SEI ME R TRABAJO O ASIS RTE ABONADO.	MPORTE ABONADO.  DUÉ FRECUENCIA SE FACTURA  MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM  ☐ SÍ ☐ NO  NOMBRE   37. Gastos de cuic ¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAC AFIRMATIVO, COMPLETE LA  ☐ SÍ ☐ NO	PAGA MANUT IPLETE LA INFO  dado de de GA POR EL CUIDA INFORMACIÓN A	ENCIÓN INFORMACIÓN A  CUÁNTO PO  Pendient  ADO DE NIÑOS  A CONTINUAC	ANTIL O PENSIA CONTINUACIONE MES  CS O ADULTOS PACIÓN E INCLUYA	IÓN ALIMENTARIA A OTRO IÓN E INCLUYA EL COMPRO  A QUIÉN  RA PODER TRABAJAR, BUSCAR EL COMPROBANTE DEL IMPOR  O CON QUÉ FRECUENO	CON Q  CON Q  SEI  ME  SEI  ME  R TRABAJO O ASIRTE ABONADO.  CIA SE FACTUR  NCENAL	MPORTE ABONADO.  DUÉ FRECUENCIA SE FACTURA  MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM  ☐ SÍ ☐ NO  NOMBRE   37. Gastos de cuic ¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAC AFIRMATIVO, COMPLETE LA  ☐ SÍ ☐ NO	PAGA MANUT IPLETE LA INFO  dado de de GA POR EL CUIDA INFORMACIÓN A	ENCIÓN INFORMACIÓN A  CUÁNTO PO  Pendient  ADO DE NIÑOS  A CONTINUAC	ANTIL O PENSIA CONTINUACIONE MES  CS O ADULTOS PACIÓN E INCLUYA	A QUIÉN  RA PODER TRABAJAR, BUSCAR EL COMPROBANTE DEL IMPOR  CON QUÉ FRECUENC  SEMANA QUI  MENSUAL OT  SEMANA QUI  SEMANA QUI	CON Q  CON Q  SEI  ME  RTRABAJO O ASIS RTE ABONADO.  CIA SE FACTUR  NCENAL  TRO  NCENAL	MPORTE ABONADO.  DUÉ FRECUENCIA SE FACTURA  MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM  ☐ SÍ ☐ NO  NOMBRE   37. Gastos de cuic ¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAC AFIRMATIVO, COMPLETE LA  ☐ SÍ ☐ NO	PAGA MANUT IPLETE LA INFO  dado de de GA POR EL CUIDA INFORMACIÓN A	ENCIÓN INFORMACIÓN A  CUÁNTO PO  Pendient  ADO DE NIÑOS  A CONTINUAC	ANTIL O PENSIA CONTINUACIONE MES  CS O ADULTOS PACIÓN E INCLUYA	A QUIÉN  RA PODER TRABAJAR, BUSCAR EL COMPROBANTE DEL IMPOR  CON QUÉ FRECUENC  SEMANA QUI MENSUAL OT	CON Q SEI ME SEI ME SEI ME R TRABAJO O ASIS RTE ABONADO.  CIA SE FACTUR NCENAL TRO NCENAL	MPORTE ABONADO.  DUÉ FRECUENCIA SE FACTURA  MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM  ☐ SÍ ☐ NO  NOMBRE   37. Gastos de cuic ¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAC AFIRMATIVO, COMPLETE LA  ☐ SÍ ☐ NO	PAGA MANUT IPLETE LA INFO  dado de de GA POR EL CUIDA INFORMACIÓN A	ENCIÓN INFORMACIÓN A  CUÁNTO PO  Pendient  ADO DE NIÑOS  A CONTINUAC	ANTIL O PENSIA CONTINUACIONE MES  CS O ADULTOS PACIÓN E INCLUYA	A QUIÉN  RA PODER TRABAJAR, BUSCAR EL COMPROBANTE DEL IMPOR  CON QUÉ FRECUENC  SEMANA QUI  MENSUAL OT  MENSUAL OT  MENSUAL OT	CON Q  CON Q  SEI  ME  RETRABAJO O ASIS RETE ABONADO.  CIA SE FACTUR  NCENAL  IRO  NCENAL  IRO  NCENAL	MPORTE ABONADO.  DUÉ FRECUENCIA SE FACTURA  MANAL
¿ALGUIEN EN EL HOGAR CASO AFIRMATIVO, COM SÍ NO  NOMBRE  37. Gastos de cuic ¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAC AFIRMATIVO, COMPLETE LA SÍ NO	PAGA MANUT IPLETE LA INFO  dado de de GA POR EL CUIDA INFORMACIÓN A	ENCIÓN INFORMACIÓN A  CUÁNTO PO  Pendient  ADO DE NIÑOS  A CONTINUAC	ANTIL O PENSIA CONTINUACIONE MES  CS O ADULTOS PACIÓN E INCLUYA	A QUIÉN  RA PODER TRABAJAR, BUSCAR EL COMPROBANTE DEL IMPOR  CON QUÉ FRECUENC  SEMANA QUI  MENSUAL OT  MENSUAL OT  SEMANA QUI  MENSUAL OT  SEMANA QUI   CON Q  CON Q  SEI  ME  RETRABAJO O ASIR RETE ABONADO.  CIA SE FACTUR NCENAL ITRO NCENAL	MPORTE ABONADO.  DUÉ FRECUENCIA SE FACTURA  MANAL	

¿ALGUNA DE LAS PERSONAS MENCIO INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.	ONADAS RECIBE AS	SISTENCIA PA	ARA EL CUIDADO DE NIÑ	OS? EN CASO AFIR	MATIVO, COMPLETE LA
☐ SÍ ☐ NO					
NOMBRE(S)					
20 Cookee del hemeficionie	a Australia				
38. Gastos del beneficiario ¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAGA LOS S		ENEFICIARIO	O DE UN TUTOR LEGAL	2 FN CASO AFIRMA	TIVO COMPLETE LA
INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN E IN				EN CASO AFIRMA	TIVO, COMI LETE LA
□ sí □ NO					
NOMBRE	IMPORTI	E PAGADO	CON QUÉ FRECUENC	IA SE FACTURA	PROVEEDOR
			☐ SEMANAL ☐ QU	INCENAL	
			☐ MENSUAL ☐ OT	RO	
			☐ SEMANAL ☐ QU	INCENAL	
			☐ MENSUAL ☐ OT	TRO .	
		,			
39. Gastos deducibles de lo (ALGUIEN EN EL HOGAR PAGA CIERT	and the second s	•			EEDED ALES, DOD
EJEMPLO, INTERESES DE PRÉSTAMOS	S ESTUDIANTILES O	APORTES A	LA CUENTA INDIVIDUA	L DE JUBILACIÓN (	INDIVIDUAL RETIREMENT
ACCOUNT, IRA) TRADICIONAL? EN CA DEL IMPORTE ABONADO.	ASO AFIRMATIVO,	COMPLETE L	A INFORMACION A CON	TINUACION E INCL	UYA EL COMPROBANTE
☐ SÍ ☐ NO					
NOMBRE	IMPORTE PAGADO	CON QUÉ I FACTURA	FRECUENCIA SE	TIPO DE GASTO	
		☐ SEMAN	IAL   QUINCENAL		
		☐ MENSU	JAL DTRO		
		☐ SEMAN	IAL QUINCENAL		
		☐ MENSU	JAL DOTRO		
40. Ayuda para pagar los ga					
¿USTED O ALGUIEN DEL HOGAR RECI CONTINUACIÓN. INCLUYA LA AYUDA Q HOGAR.	IBE AYUDA PARA F QUE RECIBE DE CU.	PAGAR LOS G ALQUIER AGE	ASTOS? EN CASO AFIRM ENCIA, ORGANIZACIÓN O	ATIVO, COMPLETE PERSONA PARA PAC	LA INFORMACIÓN A GAR LOS GASTOS DE SU
□ sí □ NO					
QUÉ GASTO SE PAGÓ		NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA			
			1		
41. Hogar de acogida					
¿USTED O ALGUIEN DEL HOGAR ESTU AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORM			A PATROCINADO POR EL	ESTADO A LOS 18	AÑOS? EN CASO
SÍ NO NOMBRE			ESTADO		
TOMBRE			ESTADO		

#### Declaración de entendimiento

#### AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Como beneficiario de asistencia financiera federal y agencia gubernamental estatal o local, el Departamento de Servicios Sociales no excluye, niega beneficios ni discrimina de ningún otro modo a ninguna persona por motivos de raza, color u origen nacional, ni por motivos de discapacidad o edad en la admisión o el acceso a sus programas, actividades o servicios, ni en el tratamiento o el empleo en los mismos, ya sean llevados a cabo por el Departamento de Servicios Sociales directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la que el Departamento de Servicios Sociales acuerde llevar a cabo sus programas y actividades; ni por motivos de raza real o percibida, color, religión, origen nacional, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad en la admisión o el acceso a sus programas, actividades o servicios, o en el tratamiento o el empleo en los mismos, cuando sean llevados a cabo por el Departamento de Servicios Sociales directamente o cuando sean llevados a cabo por beneficiarios indirectos de subvenciones emitidas por la Oficina para la Violencia contra la Mujer del Departamento de Justicia de los Estados Unidos.

El Departamento de Servicios Sociales:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  - intérpretes de lenguaje de señas cualificados;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  - intérpretes cualificados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si cree que el DSS no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja o reclamación por discriminación ante el coordinador del Área de Discriminación, director de la División de Servicios Legales del DSS, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501. Teléfono: (605) 773-3305, Fax: (605) 773-7223, <a href="DSSInfo@state.sd.us">DSSInfo@state.sd.us</a>. Puede presentar una queja o reclamación por discriminación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja o reclamación por discriminación, el coordinador del Área de Discriminación, director de la División de Servicios Legales del DSS, está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una denuncia por violación de los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través del Portal de Denuncias de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono en la siguiente dirección: 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 (dispositivo de comunicaciones para personas sordas [telecommunications device for the deaf, TDD]). Los formularios de denuncia están disponibles en <a href="http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html">http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</a>.

Esta declaración se realiza de conformidad con lo dispuesto en el 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 de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de Discriminación por Edad de 1975 y los Reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. emitido en virtud de estos estatutos en el título 45 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), partes 80, 84 y 91, y título 28 del CFR, parte 35, la Ley Ómnibus de Control del Crimen y Calles Seguras de 1968, el título IX de las Enmiendas Educativas de 1972, la lgualdad de Trato para las Religiones Confesionales del título 28 del CFR, parte 38, la Ley de Reautorización de la Violencia contra las Mujeres de 2013 y la sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

#### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (United States Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas con discapacidad auditiva, dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, Formulario de denuncia por discriminación del USDA, que puede obtenerse en línea en: <a href="https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf">https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf</a>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse al:

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

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

(3) correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

#### ¿Desea inscribirse para votar?

La solicitud de inscripción para votar o la negativa a hacerlo no afectará el importe de la asistencia que le proporcionará esta agencia.

□ Si no está inscrito para votar en su lugar de residencia, ¿desea solicitar inscribirse hoy?

#### Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que ha decidido NO registrarse para votar en esta ocasión.

(Si no marca ninguna de las casillas, se considerará una negativa a registrarse para recibir asistencia, pero no se interpretará como una negativa por escrito para recibir una solicitud. Si no marca ninguna de las dos casillas, se le proporcionará un formulario de inscripción de votantes que podrá completar cuando pueda).

Si se registra para votar, la información relacionada con la oficina a la que se envió el formulario de registro para votantes será confidencial y solo se utilizará con fines de registro electoral. Si no se registra para votar, esta decisión será confidencial y solo se utilizará con fines de registro electoral. Si necesita ayuda para completar el formulario del registro electoral, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario del registro electoral en privado.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad a la hora de decidir si se registra o de solicitar el registro para votar o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante la Secretaría de Estado de South Dakota, ubicada en 500 E Capitol, Pierre, SD 57501, teléfono (605) 773-3537.

#### Derechos y responsabilidades

- . Me comprometo a informar al Departamento de Servicios Sociales de South Dakota (SD) cuando
  - los ingresos de mi grupo familiar superen el importe máximo correspondiente a la cantidad de integrantes de mi grupo familiar: o
  - uno de los miembros de mi grupo familiar o yo reunamos los requisitos únicamente por trabajar 20 horas semanales y el empleo cese o las horas disminuyan a menos de 20 por semana; o
  - uno de los miembros de mi grupo familiar o yo recibamos ganancias de lotería o juegos de azar por un valor de \$4,500 o más (antes de impuestos u otras deducciones). Las ganancias deben notificarse en un plazo de diez días a partir de su recepción.
- Entiendo que si se me aprueban los beneficios del SNAP/TANF y reúno los requisitos para ser declarante semestral, estoy obligado a informar los cambios que puedan afectar mi nivel de beneficios o a mi admisibilidad para recibir los programas SNAP/TANF. Entiendo que si no completo el informe semestral en el plazo indicado en el formulario, mis beneficios pueden retrasarse o cesar. (El formulario de informe se enviará automáticamente en el 5.º mes de su periodo de certificación).
- Si recibo asistencia médica, acepto informar al Departamento de Servicios Sociales de SD si cambia la cantidad de personas que viven conmigo o alguien comienza a cursar un embarazo o si hay un cambio en los ingresos, en el estado de declaración de impuestos o en el seguro.
- Entiendo que al solicitar y aceptar la asistencia médica, cedo cualquier ingreso o cualquier otra ayuda de terceros, por cada persona para la que se solicitó cobertura médica, al Departamento de Servicios Sociales de SD.
- Entiendo que si alguno de los hijos que figuran en esta solicitud tiene un progenitor que vive fuera del hogar, se me pedirá que coopere
  con la agencia que recauda la asistencia médica de un progenitor que no vive en el hogar. Si considero que cooperar para cobrar la
  asistencia médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo informar a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.
- Entiendo que si alguno de los hijos que figuran en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar, se me pedirá que coopere con la agencia que recauda la manutención infantil de un progenitor que no vive en el hogar para reunir los requisitos para recibir el SNAP y la TANF. Si no coopero, entiendo que no reuniré los requisitos para recibir los beneficios de TANF o SNAP. Si considero que cooperar para cobrar la manutención infantil me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo comunicárselo a mi especialista en beneficios y es posible que no tenga que cooperar.
- Entiendo que tengo el derecho de apelar si el sector de Asistencia Económica no atiende mi solicitud para recibir el SNAP o la TANF dentro de 30 días o mi solicitud médica dentro de 45 días.
- Entiendo que tengo el derecho de apelar dentro de 90 días si no estoy de acuerdo con cualquier medida tomada con respecto a mis beneficios del SNAP. También entiendo que tengo el derecho de apelar dentro de 30 días si no estoy de acuerdo con cualquier decisión tomada con respecto a mi solicitud para recibir TANF o asistencia médica.
- Las leyes y reglamentos federales y estatales limitan el uso y la divulgación de información médica confidencial o protegida sobre solicitantes y beneficiarios de programas de asistencia.
- Deben facilitarse los números de Seguro Social de todos los afiliados que soliciten o reciban asistencia. (Ley Pública 104-193 que regula la TANF, autorizada en virtud de la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 modificada por la Ley Pública 110-246, y la Norma Administrativa de South Dakota [Administrative Rule of South Dakota, ARSD] 67:46:01:12 que regula la asistencia médica): Las personas que soliciten asistencia pueden pedir ayuda para obtener los números de Seguro Social. Los números de Seguro Social no se compartirán con inmigración federal. Los números de Seguro Social y el resto de la información facilitada se utilizarán o divulgarán para determinar la admisibilidad y el nivel de beneficios, evitar la participación por duplicado, comprobar la exactitud de la información facilitada y verificarla mediante cotejos informáticos con otras agencias federales y estatales (Departamento de Trabajo, Seguridad Social, Servicio de Impuestos Internos, etc.) cuando se detecte una discrepancia, ayudar en el cobro de los sobrepagos de beneficios, cumplir y gestionar el programa y detener a las personas que huyen para evitar la ley, si así se solicita.
- Entiendo que debo informar a mi especialista en beneficios si he sido condenado por una infracción intencional del programa (Intentional Program Violation, IPV) para cualquier programa de beneficios, ya sea que la condena haya sido en South Dakota o en cualquier otro estado.
- Entiendo que solo tengo que facilitar la condición de inmigrante de las personas que soliciten o reciban beneficios. No obstante, se sigue exigiendo a las personas que respondan preguntas y presenten comprobantes de ingresos y recursos que puedan afectar su admisibilidad y sus beneficios. Se verificará la condición de inmigración de una persona si solicita o recibe beneficios. La verificación la obtendrá el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (U.S. Citizenship & Immigration Services, USCIS) y puede afectar la admisibilidad y al nivel de beneficios del hogar.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito en la que se me explicarán los beneficios que percibiré. Si se deniegan, modifican, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que la información proporcionada y la información obtenida por el DSS mediante cotejos informáticos con otras agencias (Departamento de Trabajo y Regulación, Servicios de Impuestos Internos, Administración de la Seguridad Social, etc.), empleadores, fuentes financieras y otros terceros se utilizará y podrá ser verificada cuando se encuentren discrepancias y puede afectar la admisibilidad y el nivel de beneficios de mi hogar.

USTED
Perderá los beneficios del SNAP o la TANF durante:  1 12 meses en la primera infracción  24 meses en la segunda infracción  Permanentemente en la tercera infracción  Puede ser objeto de acciones penales
Perderá los beneficios del SNAP durante:  24 meses en la primera infracción  Permanentemente en la segunda infracción
Perderá los beneficios del SNAP permanentemente
<ul> <li>Será multado por hasta \$1000 o condenado a un máximo de 12 meses en la cárcel del condado, o ambas cosas, si es declarado culpable de un delito menor</li> <li>Será multado por hasta \$2000 o condenado a hasta dos años de prisión, o ambas cosas, si es declarado culpable de un delito grave</li> </ul>
Perderá los beneficios del SNAP por diez años
<ul> <li>Perderá la asistencia médica por hasta un año</li> <li>Será multado por hasta \$5000 o condenado a hasta cinco años de prisión, o ambas cosas, si es declarado culpable</li> </ul>

También puede ser multado por hasta \$250,000 o condenado a prisión por hasta 20 años, o ambas cosas, por hacer estas cosas. Además, se le pueden imputar cargos en virtud de otros programas federales o estatales y se le podría ordenar que reembolse el costo de esa asistencia. También se le puede prohibir recibir el SNAP durante 18 meses más si así lo ordena un tribunal. Puede ser acusado de perjurio también.

#### Firma y autorización de la solicitud (obligatorio)

- Doy mi consentimiento para que cualquier persona, agencia o institución proporcione información al Departamento de Servicios Sociales sobre mí o mi grupo familiar, y para permitir que cualquier representante del Departamento realice la inspección y copia de los registros que haya sobre mí o mi grupo familiar.
- · Autorizo al Departamento a divulgar información a proveedores y agencias estatales o federales.
- Eximo a cualquier persona, agencia o institución de cualquier responsabilidad hacia mí o mi grupo familiar por facilitar dicha información.
- Este consentimiento se otorga únicamente para uso del Departamento en la administración de sus programas de beneficios.

Entiendo que la información contenida en este formulario está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar que la información contenida en esta solicitud sea correcta y completa, incluidas la ciudadanía y la condición de extranjero de los miembros que solicitan los beneficios. Si se comprueba que algún dato es incorrecto, los beneficios podrán reducirse o cesar, y yo seré responsable de reembolsar los beneficios. Declaro y afirmo bajo pena de perjurio que he examinado esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, es completamente verdadera y correcta. Entiendo que puedo ser objeto de acciones penales por facilitar información incorrecta de forma intencionada. He leído y comprendo la información legal y entiendo mis derechos y responsabilidades y acepto cumplirlos. Entiendo las sanciones por dar información falsa o incumplir las normas del programa o programas de asistencia.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

## Sección para solicitantes de TANF:

#### Cesión de derechos

Entiendo que, al firmar a continuación, cuando solicito beneficios de TANF, mi derecho legal a la manutención infantil y la pensión alimentaria para todas las personas incluidas en mi solicitud se transfiere al estado de South Dakota. El Estado tendrá derecho a toda la manutención no pagada, presente y continuada, de la persona que reciba beneficios de TANF. Los pagos de manutención se utilizarán para reembolsar al estado de South Dakota los beneficios de TANF concedidos.

FIRMA DEL SOLICITANTE DE TANF

Esta Pagina se ha deiado
intencionalmente.



## Autorización para proporcionar/divulgar información

Todos los miembros adultos del grupo familiar deben leer y firmar este formulario de Autorización para proporcionar/divulgar información. Este formulario puede utilizarse para ayudar a verificar la información que proporcione para procesar su solicitud. Si necesita más copias de este formulario, póngase en contacto con su oficina local o descárquelo del sitio web a través de

su oficina local o descárguelo del sitio web a través de https://dss.sd.gov/formsandpubs/docs/MEDELGBLT	71 3
Nombre del caso:	
A quien corresponda:	
Doy mi consentimiento para que cualquier persona, agenci Departamento de Servicios Sociales sobre mí o mi grupo fa representante del Departamento realice la inspección y cogrupo familiar.	amiliar, y para permitir que cualquier
Autorizo al Departamento a divulgar información a proveed	ores y agencias estatales o federales.
Eximo a cualquier persona, agencia o institución de cualqu por facilitar dicha información.	ier responsabilidad hacia mí o mi grupo familiar
Este consentimiento se otorga únicamente para uso del De programas de beneficios.	epartamento en la administración de sus
Firma del solicitante/beneficiario	Fecha
Firma del cónyuge/tutor	Fecha
Firma del otro miembro adulto del grupo familiar	Fecha
Dirección	
Ciudad/estado/código postal	<del></del>

Número de teléfono

Esta Pagina se ha deiado inte.

## Apéndice A: Miembros del grupo familiar nativos americanos o nativos de Alaska (NA)

#### Miembro del grupo familiar nativo americano o nativo de Alaska (NA)

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

#### Cuéntenos sobre su(s) familiar(es) nativo(s) americano(s) o nativo(s) de Alaska.

Los nativos americanos y los nativos de Álaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, los programas de salud tribales o los programas de salud urbana para indígenas. También es posible que no tengan que pagar gastos compartidos y que disfruten de periodos de inscripción mensuales especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la máxima ayuda posible.

		PERSONA NA 1	PERSONA NA 2
1. Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido	o)	Nombre	Nombre
		Segundo nombre	Segundo nombre
		Apellido	Apellido
2. ¿Es miembro de una tribu recono	ocida a nivel federal?	Sí □ En caso afirmativo, nombre de la tribu:	Sí En caso afirmativo, nombre de la tribu:
3. ¿Esta persona alguna vez ha rec para Indígenas, del programa de sa urbana para indígenas, o a través d programas?		□ Sí □ No En caso negativo, ¿esta persona reúne los requisitos para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud urbana para indígenas, o a través de una derivación de uno de estos programas? □ Sí □ No	□ Sí □ No En caso negativo, ¿esta persona reúne los requisitos para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud urbana para indígenas, o a través de una derivación de uno de estos programas? □ Sí □ No
Programa de Seguro Médico Infantil (Chi Enumere todos los ingresos (importe y fr incluyan dinero procedente de estas fuer Pagos per cápita de una tribu procedente arrendamientos o regalías Pagos procedentes de recursos naturale arrendamientos o regalías de tierras des por el Departamento del Interior (incluida	es de recursos naturales, derechos de uso, s, agricultura, ganadería, pesca, ignadas como tierras en fideicomiso indígena s reservas y antiguas reservas)	\$ ¿Con qué frecuencia?	\$ ¿Con qué frecuencia?
Dinero procedente de la venta de objetos PERSONA NA 3	s con significado cultural PERSONA NA 4	PERSONA NA 5	PERSONA NA 6
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Tiembre	, tombre	i tombro	, tombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
Sí □ En caso afirmativo, nombre de la tribu:	Sí □ En caso afirmativo, nombre de la tribu:	Sí □ En caso afirmativo, nombre de la tribu:	Sí □ En caso afirmativo, nombre de la tribu:
□ Sí □ No En caso negativo, ¿esta persona	□ Sí □ No	□ Sí □ No	□ Sí □ No
Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud urbana para indígenas, o a través	En caso negativo, ¿esta persona reúne los requisitos para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud urbana para indígenas, o a través de una derivación de uno de estos programas?	reúne los requisitos para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud	En caso negativo, ¿esta persona reúne los requisitos para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud urbana para indígenas, o a través de una derivación de uno de estos programas?
servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud urbana para indígenas, o a través de una derivación de uno de estos programas?	los requisitos para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud urbana para indígenas, o a través de una derivación de uno de estos programas?	reúne los requisitos para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud urbana para indígenas, o a través de una derivación de uno de estos programas?	reúne los requisitos para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud urbana para indígenas, o a través de una derivación de uno de estos programas?

Esta patina se ha deiado . Intencionalmente.

# Recordatorios útiles de la asistencia económica iconserve esta sección para su archivo!

## Información para el SNAP:

- Usted <u>debe</u> informar al DSS cuando:
  - o los ingresos de su grupo familiar superen el importe máximo correspondiente a la cantidad de integrantes de su grupo familiar; <u>o</u>
  - o usted o uno de los miembros de su grupo familiar reúna los requisitos únicamente por trabajar 20 horas semanales y el empleo cese o las horas disminuyan a menos de 20 por semana; **o**
  - o usted o uno de los miembros de su grupo familiar reciba ganancias de lotería o juegos de azar por un valor de \$4,500 o más (antes de impuestos u otras deducciones). Las ganancias deben notificarse en un plazo de diez días a partir de su recepción.
- Si ha recibido ganancias de lotería o juegos de azar por un valor de \$4,500 o más, inmediatamente dejará de reunir los requisitos para recibir el SNAP. Seguirá sin reunir los requisitos hasta que vuelva a cumplir los límites de recursos e ingresos admisibles.
- Si reúne los requisitos, tiene derecho a un beneficio del SNAP al mes. Si presenta la solicitud después del día 15 de cada mes y se determina que reúne los requisitos, podrá percibir los beneficios del primer y segundo mes al mismo tiempo.
- Si percibe una cantidad indebida de beneficios, tendrá que devolverla.
- Su caso puede ser objeto de una auditoría federal o estatal, tanto si está activo como si no.
- No puede recibir beneficios del SNAP y productos básicos en el mismo mes a menos que los productos básicos se distribuyan a través del Programa Senior Box.
- Si puede trabajar pero actualmente no lo hace, solo podrá percibir beneficios durante tres meses dentro de un periodo de 36 meses, salvo que viva con un dependiente menor de 18 años a su cargo o se cumplan otros criterios de exención.
- Si puede trabajar, debe inscribirse para trabajar y cooperar con los requisitos de inscripción laboral. No cooperar dará lugar a la inhabilitación. Renunciar a un empleo o reducir voluntariamente las horas de trabajo, sin causa justificada, también puede dar lugar a la inhabilitación.
- Puede gastar los beneficios del SNAP como dinero en efectivo en tiendas autorizadas para comprar alimentos y plantas del huerto comestibles o semillas para cultivar alimentos para comer. No puede comprar alcohol, tabaco, vitaminas, medicamentos, comida para mascotas, productos de papel ni alimentos calientes preparados para su consumo inmediato con sus beneficios del SNAP.
- No está permitido pagar alimentos comprados a crédito con los beneficios del SNAP. Si lo hace, puede perder los beneficios.
- La tarjeta de EBT de SD, los beneficios y los alimentos adquiridos con la tarjeta de EBT de SD no pueden venderse ni intercambiarse. **Es una violación de la ley.** Si se venden o intercambian beneficios o alimentos adquiridos con beneficios del SNAP, se investigará y, si se lo declara culpable, se aplicará una inhabilitación de 12 meses, 24 meses o permanente para recibir el SNAP y se le exigirá la devolución del importe de los beneficios utilizados indebidamente. Estas personas también podrían enfrentar acciones penales que podrían dar lugar a la aplicación de una multa o de una pena de encarcelamiento.
- Una vez que haya recibido sus beneficios, puede utilizarlos de inmediato. Le recomendamos que utilice su tarjeta de EBT de SD al menos una vez cada 30 días. Si se cierra su caso, puede seguir utilizando los beneficios que queden en su cuenta durante un máximo de nueve meses. La tarjeta puede utilizarse en cualquier lugar de Estados Unidos donde se acepte la EBT.
- La tarjeta de EBT de SD durará años. Es importante guardar la tarjeta de EBT de SD en un lugar seguro. En caso de pérdida, robo o deterioro de su tarjeta de EBT de SD, deberá llamar al servicio de atención al cliente de EBT al **1-800-604-5099** para solicitar la sustitución. Se le enviará por correo una tarjeta de sustitución en un plazo de cinco a siete días. Asegúrese de que el DSS dispone de su dirección postal actual antes de solicitar una tarjeta de EBT de sustitución. Se investigarán las solicitudes excesivas de tarjetas de sustitución.
- Si cree que sus beneficios han sido utilizados de forma fraudulenta mediante la duplicación de la tarjeta, la clonación de la tarjeta u otros métodos fraudulentos similares, puede reunir los requisitos para recibir la sustitución de los beneficios. Debe ponerse en contacto con su oficina local en un plazo de 30 días a partir del descubrimiento del uso fraudulento.
- Los fondos retirados de la tarjeta de EBT de SD deben ser por el importe exacto de la compra. No se le debe cobrar el impuesto sobre las ventas por las compras realizadas con los beneficios del SNAP.
- Si su caso del SNAP se cierra, su hogar puede seguir reuniendo los requisitos para otras asistencias como TANF o asistencia médica.
- Tiene a su disposición una copia de su solicitud en papel o en formato electrónico.

## Información para TANF:

 Debe informar al DSS cuando los ingresos de su hogar superen el importe máximo correspondiente al tamaño de su hogar para la TANF.

## Información para SNAP y TANF:

- La información comunicada a su especialista en beneficios a partir del primer día del mes no modificará los beneficios hasta el mes o los meses siguientes.
- Los niños que reciben beneficios de SNAP o TANF automáticamente reúnen los requisitos para el Programa Nacional de Almuerzo Escolar si se ofrece en la escuela a la que asiste el niño.
- En caso necesario, deberá completar un formulario de informe seis meses después de la solicitud. Se le enviará automáticamente un formulario en el 5.º mes de su certificación. Si no completa el formulario de informe antes de la fecha que figura en el mismo, sus beneficios pueden retrasarse o cesar. Si necesita ayuda para completar el formulario, póngase en contacto con un especialista en beneficios.
- Sus beneficios de SNAP o TANF pueden reducirse o cesar si no coopera con el programa de trabajo para la TANF.

## Información para programas médicos:

- Tras su aprobación, para **TODAS** las preguntas sobre los servicios médicos cubiertos o para cuestiones de facturación, llame al **1-800-597-1603**. También puede consultar el manual del beneficiario médico.
- Después de la aprobación médica, para cambiar de médico de cabecera, puede llamar a su especialista en beneficios O puede pasar por la oficina local del DSS para solicitar el cambio. Recuerde que su solicitud no entrará en vigor hasta el 1.er día del mes siguiente.

## Información general para todos los programas:

- Debe facilitar el número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) de todos los miembros del grupo familiar mayores de seis meses si desea beneficios para esas personas. Los bebés mayores de siete meses que no dispongan de un SSN deben presentar un comprobante de que han solicitado un SSN o no reunirán los requisitos para recibir los beneficios hasta que se proporcione el SSN o se reciba un comprobante de la solicitud.
- Todos los miembros adultos del grupo familiar deben leer y firmar una Autorización para proporcionar/divulgar información. Este formulario se incluye en la solicitud para que lo firmen el solicitante y su cónyuge. Si hay otros miembros adultos en el grupo familiar, se facilitarán formularios adicionales.
- Asegúrese de que tengamos su dirección postal actualizada porque la Oficina de Correos NO reenvía el correo del Departamento de Servicios Sociales.
- Entiendo que debo informar a mi especialista en beneficios si he sido condenado por una infracción intencional del programa (Intentional Program Violation, IPV) para cualquier programa de beneficios, ya sea que la condena haya sido en South Dakota o en cualquier otro estado.
- Entiendo que solo tengo que facilitar la condición de inmigrante de las personas que soliciten o reciban beneficios.
   No obstante, se sigue exigiendo a las personas que respondan preguntas y presenten comprobantes de ingresos y recursos que puedan afectar su admisibilidad y sus beneficios. Se verificará la condición de inmigración de una persona si solicita o recibe beneficios. La verificación la obtendrá el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (U.S. Citizenship & Immigration Services, USCIS) y puede afectar la admisibilidad y al nivel de beneficios del hogar.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito en la que se me explicarán los beneficios que percibiré. Si se deniegan, modifican, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Se utilizará la información que usted proporcione y la información obtenida por el DSS mediante cotejos informáticos con otras agencias (Departamento de Trabajo y Regulación, Servicios de Impuestos Internos, Administración de la Seguridad Social, etc.), empleadores, fuentes financieras y otros terceros, y podrá verificarse cuando se encuentren discrepancias.
- Si desea apelar nuestra decisión de reducir, denegar o cesar los beneficios, puede solicitar una audiencia imparcial escribiendo a cualquier oficina del Departamento de Servicios Sociales o enviar su solicitud por escrito directamente a la Oficina de Audiencias Administrativas en Kneip Building, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291. Solo para el SNAP, puede hacer su solicitud llamando a cualquier oficina local del Departamento de Servicios Sociales o a la oficina de Audiencias Administrativas al 1-605-773-6851.