



¿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 en línea

Puede solicitar en línea **asistencia médica** o **SNAP** en <https://eaportal.sd.gov/>. Si solicita **TANF**, deberá completar una solicitud en papel.



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

Cuéntenos sobre usted			
NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN RESIDENCIAL			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL)			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO		NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO (OPCIONAL)	
INDICACIONES PARA LLEGAR A SU DOMICILIO (SI NO TIENE DIRECCIÓN)			¿VIVE EN UNA RESERVA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
ENTRE LAS 8 a. m. Y LAS 5 p. m., ¿CUÁL ES EL MEJOR HORARIO PARA PONERSE EN CONTACTO CON USTED?		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)	

¿Qué programas solicita?	
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> MEDICAL ASSISTANCE	
SI SOLICITA TANF (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN): <input type="checkbox"/> MI(S) PROPIO(S) HIJO(S). SE PROGRAMARÁ UNA ENTREVISTA OBLIGATORIA CON UN ESPECIALISTA EN EMPLEO EN UN PLAZO DE 2 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE SU SOLICITUD. <input type="checkbox"/> EL HIJO DE UN FAMILIAR.	SI SOLICITA SEGURO MÉDICO , ¿NECESITA AYUDA PARA PAGAR LAS PRIMAS O LAS FACTURAS MÉDICAS DE LOS ÚLTIMOS TRES (3) MESES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO EN CASO AFIRMATIVO, ¿HACE CUÁNTOS MESES NECESITA AYUDA? <input type="checkbox"/> ONE <input type="checkbox"/> TWO <input type="checkbox"/> THREE

¿Necesita servicios de interpretación?	
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, IDIOMA PREFERIDO

¿Necesita una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT) de South Dakota?	
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Si elige SÍ o no responde, se le enviará por correo una tarjeta de EBT y su antigua tarjeta no funcionará. Si elige NO, no recibirá una tarjeta de EBT.	

Firma
<p>CERTIFICO QUE FACILITARÉ AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE SOUTH DAKOTA TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA REVISAR MI SOLICITUD PARA RECIBIR TANF, SNAP Y ASISTENCIA MÉDICA. ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. FIRME AQUÍ PARA DAR INICIO A SU SOLICITUD. TAMBIÉN DEBE FIRMAR LA PÁGINA 19 ANTES DE PODER RECIBIR CUALQUIER BENEFICIO. EN EL CASO DE SNAP Y TANF, DEBE COMPLETAR LA TOTALIDAD DE LA SOLICITUD, ASISTIR A UNA ENTREVISTA Y FACILITAR UN DOCUMENTO DE IDENTIDAD PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS. SI SOLICITA ASISTENCIA MÉDICA PARA UN HIJO, SUS DATOS PARA SNAP SE UTILIZARÁN PARA DETERMINAR SI REÚNE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA, A MENOS QUE NOS PIDA QUE NO LO HAGAMOS.</p> <p>SI SOLICITO TANF, RECONOZCO QUE CEDO Y TRANSFIERO AUTOMÁTICAMENTE TODOS LOS DERECHOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL O CONYUGAL AL ESTADO DE SOUTH DAKOTA. ENTIENDO QUE DEBO COOPERAR CON LA DIVISIÓN DE MANUTENCIÓN DE MENORES (DIVISION OF CHILD SUPPORT, DCS) PARA ESTABLECER, MODIFICAR O HACER CUMPLIR LAS OBLIGACIONES DE MANUTENCIÓN INFANTIL DEL MENOR A MI CARGO Y ESTABLECER LA PATERNIDAD (SI ES NECESARIO). EL ESTADO TENDRÁ DERECHO A TODA LA MANUTENCIÓN NO PAGADA, PRESENTE Y CONTINUADA DE LAS PERSONAS QUE RECIBAN BENEFICIOS DE TANF. LOS PAGOS DE MANUTENCIÓN SE UTILIZARÁN PARA REEMBOLSAR AL ESTADO LOS BENEFICIOS DE TANF CONCEDIDOS. ENTIENDO QUE PUEDO PEDIR AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES, DSS) QUE NO RECLAME LA MANUTENCIÓN INFANTIL SI ELLO PUDIERA PONERME EN PELIGRO A MÍ O A MIS HIJOS.</p>
FIRMA

Uso exclusivo de la Agencia		
SNAP URGENTE: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE RECEPCIÓN	NÚMERO DE CASO
SOLICITUD: <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN: <input type="checkbox"/>		

Esta página se ha dejado
en blanco
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 RECOPIACIÓN 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 N- Negro H- Hawaiano/nativo de las islas del Pacífico A- Asiático

Marque el programa a continuación	Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Relación con usted (cónyuge, hijo, hermano, amigo, etc.)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo (Marque una opción)	*Estado civil	** Raza	Ciudadano estadounidense (Marque una opción)	¿Esta persona prepara y come las comidas con usted?
				País de nacimiento		Último grado completado	Etnia: (¿Hispano o latino? Marque S o N)		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> None		Yo			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	N/C
							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> None					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> None					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> None					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> None					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> None					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> None					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> None					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> None					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		

2. Alias

¿ALGUIEN EN SU HOGAR USA OTROS NOMBRES (APELLIDOS DE SOLTERA, ALIAS, ETC.)?

YES NO

MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR

OTRO(S) NOMBRE(S) UTILIZADO(S)

3. Información sobre inmigración

¿ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE SOLICITAN ASISTENCIA NO ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE Y NRO. DE REGISTRO DE EXTRANJERO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE VENCIMIENTO	VIVE EN EE. UU. DESDE 1996	MILITAR ACTIVO O VETERANO DE EE. UU.
				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

4. Programas de salud tribales (si solicita asistencia médica)

¿ALGÚN MIEMBRO NATIVO AMERICANO DEL GRUPO FAMILIAR HA RECIBIDO UN SERVICIO O REÚNE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS (INDIAN HEALTH SERVICES, IHS), SALUD URBANA PARA INDÍGENAS U OTROS PROGRAMAS DE SALUD TRIBALES?

YES NO

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR

5. Representante autorizado

¿DESEA QUE ALGUIEN LE AYUDE A COMPLETAR SU SOLICITUD, LE FACILITE INFORMACIÓN EN SU ENTREVISTA O HABLE EN SU NOMBRE COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE

RELACIÓN U ORGANIZACIÓN

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

¿A QUÉ PROGRAMA(S) CORRESPONDE ESTO?

SNAP MEDICAL ASSISTANCE

6. Información escolar

¿USTED O ALGUIEN DEL HOGAR, INCLUIDOS LOS NIÑOS, VA A LA ESCUELA? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE	NOMBRE DE LA ESCUELA	ESTADO DE LA INSCRIPCIÓN	FECHA PREVISTA DE GRADUACIÓN	SI SE TRATA DE UN INTERNADO, ¿PERMANECE AHÍ DURANTE LA NOCHE?
		<input type="checkbox"/> FULL TIME <input type="checkbox"/> HALF TIME <input type="checkbox"/> LESS THAN HALF TIME		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> FULL TIME <input type="checkbox"/> HALF TIME <input type="checkbox"/> LESS THAN HALF TIME		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> FULL TIME <input type="checkbox"/> HALF TIME <input type="checkbox"/> LESS THAN HALF TIME		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> FULL TIME <input type="checkbox"/> HALF TIME <input type="checkbox"/> LESS THAN HALF TIME		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

7. Información sobre la declaración de impuestos (si solicita asistencia médica)

¿**USTED** PLANEA PRESENTAR UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES EL AÑO QUE VIENE O VA A SER DECLARADO COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE OTRA PERSONA EL AÑO QUE VIENE? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

¿PRESENTARÁ UNA DECLARACIÓN CONJUNTA CON UN CÓNYUGE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DEL CÓNYUGE
¿DECLARARÁ ALGÚN DEPENDIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LOS NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES
¿USTED SERÁ DECLARADO COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE ALGUIEN MÁS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS

¿**ALGUIEN MÁS** EN SU HOGAR PLANEA PRESENTAR UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES EL PRÓXIMO AÑO O ALGUIEN MÁS VA A SER DECLARADO COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE OTRA PERSONA EL PRÓXIMO AÑO? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE	
¿LA PERSONA PRESENTARÁ UNA DECLARACIÓN CONJUNTA CON UN CÓNYUGE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DEL CÓNYUGE
¿LA PERSONA DECLARARÁ ALGÚN DEPENDIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LOS NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES
¿LA PERSONA SERÁ DECLARADA COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE ALGUIEN MÁS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS

NOMBRE	
¿LA PERSONA PRESENTARÁ UNA DECLARACIÓN CONJUNTA CON UN CÓNYUGE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DEL CÓNYUGE
¿LA PERSONA DECLARARÁ ALGÚN DEPENDIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LOS NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES
¿LA PERSONA SERÁ DECLARADA COMO DEPENDIENTE EN LA DECLARACIÓN DE ALGUIEN MÁS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS

Si hay más personas, enumérelas en una hoja aparte.

8. Información sobre progenitor(es) que no está(n) en el hogar

¿ALGUNO DE LOS HIJOS QUE FIGURAN EN ESTA SOLICITUD TIENE UN PROGENITOR QUE VIVE FUERA DEL HOGAR? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE DEL PROGENITOR

NOMBRE(S) DEL/DE LOS HIJO(S)

NOMBRE DEL PROGENITOR

NOMBRE(S) DEL/DE LOS HIJO(S)

9. Otros progenitores con hijos que viven en su hogar

APARTE DE USTED Y SU CÓNYUGE, ¿OTROS PROGENITORES CON HIJOS VIVEN EN SU HOGAR? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE DEL PROGENITOR

NOMBRE(S) DEL/DE LOS HIJO(S)

NOMBRE DEL PROGENITOR

NOMBRE(S) DEL/DE LOS HIJO(S)

10. Embarazo

¿HAY ALGUIEN CURSANDO UN EMBARAZO EN SU HOGAR?

YES NO

NOMBRE

FECHA PREVISTA DE PARTO

NÚMERO DE BEBÉS PREVISTOS

11. Trabajador agrícola migrante o por temporada

¿HAY ALGUIEN EN SU HOGAR QUE SEA TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE O POR TEMPORADA?

YES NO

NOMBRE(S)

12. Antecedentes penales

¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR SE OCULTA O HUYE DE LA LEY?

- PORQUE EVITA PROCESAMIENTOS O ACCIONES POR DELITOS GRAVES
- PORQUE EVITA SER DETENIDO O IR A LA CÁRCEL POR UN DELITO GRAVE O UN INTENTO DE DELITO GRAVE
- PORQUE VIOLA LA LIBERTAD CONDICIONAL

YES NO

NOMBRE(S)

¿ALGUIEN EN SU HOGAR HA SIDO CONDENADO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DELITOS DESPUÉS DEL 22 DE SEPTIEMBRE DE 1996?

- RECIBIR DE FORMA FRAUDULENTO BENEFICIOS DUPLICADOS DEL SNAP, TANF, MÉDICOS O DE SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI) EN CUALQUIER ESTADO
- COMPRAR O VENDER BENEFICIOS DEL SNAP POR \$500 O MÁS; O CANJEAR BENEFICIOS DEL SNAP POR ARMAS, MUNICIONES, EXPLOSIVOS O DROGAS

YES NO

NOMBRE(S)

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

YES NO

NOMBRE(S)

ESTADO DONDE FUE CONDENADO

13. Actividades de la vida diaria (si solicita asistencia médica)

¿ALGUNA PERSONA EN SU HOGAR PADECE ALGUNA ENFERMEDAD QUE LE LIMITE EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS (COMO BAÑARSE, VESTIRSE, ENCARGARSE DEL CUIDADO PERSONAL, ETC.)? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL/LOS NOMBRE(S) A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE(S)

14. Instituciones

¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR ESTÁ VIVIENDO EN UNA INSTITUCIÓN? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL/LOS NOMBRE(S) A CONTINUACIÓN. (UNA INSTITUCIÓN ES UN CENTRO QUE LE PROPORCIONA AL MENOS EL 50 % DE LAS COMIDAS, COMO UN CENTRO DE TRATAMIENTO CONTRA EL ALCOHOLISMO Y LA DROGADICCIÓN, UN REFUGIO PARA PERSONAS SIN HOGAR, UN REFUGIO PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, UNA CÁRCEL, ETC.)

YES NO

NOMBRE DE LA PERSONA EN EL CENTRO

NOMBRE DEL CENTRO

TIPO DE CENTRO

FECHA DE INGRESO

IMPORTE FACTURADO

15. Asistencia en otros estados

¿HAY OTROS ESTADOS/TERRITORIOS EN LOS QUE USTED O ALGUIEN DE SU HOGAR, INCLUIDOS LOS HIJOS, HAYAN RECIBIDO ASISTENCIA ALIMENTARIA, MÉDICA O EN EFECTIVO? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE	TIPO DE BENEFICIO (MÉDICO/SNAP/TANF)	CONDADO, ESTADO/TERRITORIO (número de contacto, si se conoce)	FECHA DE INICIO	FECHA DE CESE

16. Productos básicos tribales

¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR RECIBE PRODUCTOS BÁSICOS TRIBALES? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL/LOS NOMBRE(S) A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE(S)

17. Inhabilitaciones

¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR HA SIDO INHABILITADO PARA RECIBIR EL SNAP O PRODUCTOS BÁSICOS TRIBALES DEBIDO A UNA INFRACCIÓN INTENCIONAL DEL PROGRAMA? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL/LOS NOMBRE(S) A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE(S)

18. Información sobre Medicare (si solicita asistencia médica)

¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR TIENE MEDICARE? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

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

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE		
--------------------------------------	--	--

19. Ingresos procedentes de fuentes distintas al empleo

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR, INCLUIDOS LOS HIJOS, RECIBE INGRESOS DE FUENTES DISTINTAS AL TRABAJO?

* ENTRE LOS EJEMPLOS SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

- SEGURO SOCIAL
- SSI
- CUENTAS DE JUBILACIÓN
- FONDOS DE PENSIONES
- FONDOS DE HOGAR DE ACOGIDA, TUTELA Y ADOPCIÓN
- DINERO DE OTRAS FUENTES
- MANUTENCIÓN INFANTIL
- PENSIÓN ALIMENTARIA
- INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL
- SEGURO DE DESEMPLEO
- BENEFICIOS PARA VETERANOS
- INGRESOS POR ALQUILER
- ANUALIDADES
- FIDEICOMISOS
- REGALÍAS
- ASISTENCIA GENERAL

YES NO

NOMBRE	TIPO DE INGRESO	IMPORTE	CON QUÉ FRECUENCIA
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

* 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 INGRESOS LABORALES O ESPERA EMPEZAR A TRABAJAR? EN CASO AFIRMATIVO, ENUMERE A CONTINUACIÓN TODOS LOS INGRESOS LABORALES E INCLUYA UN COMPROBANTE DE LOS INGRESOS DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.

YES NO

NOMBRE DEL TRABAJADOR		NOMBRE DEL EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> FULL-TIME <input type="checkbox"/> PART-TIME <input type="checkbox"/> TEMPORARY <input type="checkbox"/> SEASONAL		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA		
SALARIOS/PROPINAS (ANTES DE IMPUESTOS)		¿CON QUÉ FRECUENCIA? <input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> TWICE MONTHLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER		

NOMBRE DEL TRABAJADOR		NOMBRE DEL EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TIPO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> FULL-TIME <input type="checkbox"/> PART-TIME <input type="checkbox"/> TEMPORARY <input type="checkbox"/> SEASONAL		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA		

SALARIOS/PROPINAS (ANTES DE IMPUESTOS)		¿CON QUÉ FRECUENCIA?	
		<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> TWICE MONTHLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER	
NOMBRE DEL TRABAJADOR		NOMBRE DEL EMPLEADOR	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
TIPO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> FULL-TIME <input type="checkbox"/> PART-TIME <input type="checkbox"/> TEMPORARY <input type="checkbox"/> SEASONAL		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA	
SALARIOS/PROPINAS (ANTES DE IMPUESTOS)		¿CON QUÉ FRECUENCIA?	
		<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> TWICE MONTHLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER	

21. Empleo que finalizó

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR TIENE INGRESOS LABORALES QUE HAYAN FINALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN E INCLUYA EL COMPROBANTE DE SU ÚLTIMO CHEQUE.

YES NO

NOMBRE	EMPLEADOR
ÚLTIMO DÍA TRABAJADO	FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE
MOTIVO DE LA BAJA	

22. Participación en huelgas

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR ESTÁ ACTUALMENTE EN HUELGA? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN E INCLUYA EL COMPROBANTE DE SU ÚLTIMO CHEQUE.

YES NO

NOMBRE	EMPLEADOR
ÚLTIMO DÍA TRABAJADO	FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUE

23. Problemas para trabajar

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR NO PUEDE TRABAJAR DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD?

YES NO

NOMBRE	¿HA SOLICITADO UN SEGURO POR INCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY DISABILITY INSURANCE, SSDI)/SSI/BENEFICIOS DE ASUNTOS DE VETERANOS (VETERAN AFFAIRS, VA)/INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL?	EN CASO AFIRMATIVO, FECHA DE SOLICITUD
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

24. Trabajo autónomo

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR TRABAJA DE FORMA AUTÓNOMA O REALIZA TRABAJOS ESPORÁDICOS A CAMBIO DE DINERO?

YES NO

NOMBRE DEL TRABAJADOR AUTÓNOMO	NOMBRE DE LA EMPRESA
INGRESOS MENSUALES	GASTOS MENSUALES

25. Ganancias en juegos de azar o lotería

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR HA RECIBIDO GANANCIAS EN JUEGOS DE AZAR O LOTERÍA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE	FECHA DE RECEPCIÓN	IMPORTE GANADO	SALDO A FECHA DE HOY

26. Vehículos

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR, INCLUIDOS LOS HIJOS, ES PROPIETARIO O COPROPIETARIO DE AUTOS, CAMIONES, BARCOS O CASAS RODANTES?

YES NO

NOMBRE(S) DEL PROPIETARIO	MARCA/MODELO	AÑO	VALOR	IMPORTE ADEUDADO	ARRENDADO
			\$	\$	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
			\$	\$	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
			\$	\$	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
			\$	\$	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

SI MENCIONÓ MÁS DE UN VEHÍCULO EN LA LISTA ANTERIOR, ¿CUÁL UTILIZA COMO MEDIO DE TRANSPORTE PRINCIPAL?

27. Bienes inmuebles

APARTE DE LA CASA EN LA QUE VIVE, ¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR ES PROPIETARIO/COPROPIETARIO DE ALGÚN TERRENO, EDIFICIO O VIVIENDA (INCLUIDAS LAS CASAS MÓVILES)?

YES NO

NOMBRE(S) DEL PROPIETARIO		VALOR	IMPORTE ADEUDADO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿ESTA PROPIEDAD ESTÁ EN VENTA O EN ALQUILER? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		SI SE ALQUILA, ¿ESTA PROPIEDAD GENERA INGRESOS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		

28. Recursos

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR, INCLUIDOS LOS HIJOS, TIENE ALGÚN RECURSO? ENTRE LOS EJEMPLOS DE RECURSOS SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

- EFECTIVO
- CUENTAS CORRIENTES/DE AHORRO
(INCLUIDAS LAS CUENTAS CONJUNTAS)
- CERTIFICADOS DE DEPÓSITO
- CAJAS DE SEGURIDAD
- CUENTAS DE JUBILACIÓN
- ACCIONES/BONOS/FONDOS MUTUALES DE INVERSIÓN
- DIRECT EXPRESS/TARJETAS DE NÓMINA
- BONOS GUBERNAMENTALES
- ANUALIDADES
- CRIPTOMONEDAS
- PARCELAS EN EL CEMENTERIO
- PLANES FUNERARIOS
- FIDEICOMISOS
- USUFRUCTOS VITALICIOS
- DERECHOS DE PROPIEDAD
- OTROS OBJETOS DE VALOR

YES NO

NOMBRE(S) DEL PROPIETARIO	TIPO DE RECURSO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR	UBICACIÓN, NOMBRE DEL BANCO, INST. FINANCIERA, ETC.
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

29. Seguro de vida (si solicita asistencia médica)

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

YES NO

NOMBRE DEL ASEGURADO (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		
FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL		VALOR EN EFECTIVO	
NOMBRE DE LA ASEGURADORA		NÚMERO DE PÓLIZA		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

NOMBRE DEL ASEGURADO (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		
FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL		VALOR EN EFECTIVO	
NOMBRE DE LA ASEGURADORA		NÚMERO DE PÓLIZA		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

30. Seguro médico privado (si solicita asistencia médica)

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

YES NO

NOMBRE DEL ASEGURADO		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		
NOMBRE DE LA ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA		FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿CUÁNTO CUESTA LA PRIMA?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA LA PRIMA?		TIPO DE COBERTURA (MEDIGAP, RECETAS, ETC.)	
	<input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> QUARTERLY <input type="checkbox"/> YEARLY			
¿ESTÁ ASEGURADO A TRAVÉS DE UN EMPLEADOR?		EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL NOMBRE DEL EMPLEADOR		
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				

31. Antecedentes de seguro médico (si solicita asistencia médica)

¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR QUE SOLICITE ASISTENCIA MÉDICA HA ABANDONADO LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE	MOTIVO

32. Transferencias de recursos

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR HA VENDIDO, INTERCAMBIADO O REGALADO ALGO DE VALOR (POR EJEMPLO, DINERO, TERRENOS, VEHÍCULOS O EDIFICIOS) EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE	FECHA DE LA TRANSFERENCIA	¿QUÉ SE HA TRANSFERIDO?	VALOR

33. Gastos de alojamiento

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR PAGA LOS GASTOS DE ALOJAMIENTO? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN E INCLUYA EL COMPROBANTE DEL GASTO.

YES NO

TIPO	IMPORTE MENSUAL	NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROPIETARIO/BANCO	ASISTENCIA CON EL ALQUILER/SUBVENCIONADO
ALQUILER			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
ALQUILER DE PARCELAS			
HIPOTECA			
IMPUESTOS SOBRE BIENES INMUEBLES			
SEGURO DE HOGAR			
CUOTAS DE CONDOMINIO			

34. Gastos de servicios públicos

¿USTED O ALGUIEN EN EL HOGAR PAGA LOS GASTOS DE SERVICIOS PÚBLICOS? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN E INCLUYA EL COMPROBANTE DEL GASTO.

YES NO

ELECTRIC HEAT GAS PROPANE FUEL OIL WOOD HEAT

<input type="checkbox"/> AIR CONDITIONING	<input type="checkbox"/> GARBAGE	<input type="checkbox"/> WATER	<input type="checkbox"/> ELECTRICITY
<input type="checkbox"/> SEWER	<input type="checkbox"/> TELEPHONE	<input type="checkbox"/> COOKING FUEL	<input type="checkbox"/> ALL OF THE ABOVE

¿HA RECIBIDO USTED O ALGUIEN DE SU HOGAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

PROGRAMA DE ASISTENCIA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS (LOW INCOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM, LIEAP):
 ASISTENCIA ENERGÉTICA TRIBAL: PAGOS DE CLIMATIZACIÓN:

35. Gastos médicos

¿ALGUNA PERSONA CON UNA DISCAPACIDAD O MAYOR DE 60 AÑOS TIENE GASTOS MÉDICOS? ENTRE LOS EJEMPLOS SE INCLUYEN FACTURAS DEL MÉDICO, MEDICAMENTOS RECETADOS, ANTEOJOS, TRANSPORTE, PRIMAS DEL SEGURO, FACTURAS DEL DENTISTA, ETC. EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE	CUÁNTO POR MES	A QUIÉN	CON QUÉ FRECUENCIA SE FACTURA
			<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER
			<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER

36. Gastos de manutención infantil y pensión alimentaria

¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAGA MANUTENCIÓN INFANTIL O PENSIÓN ALIMENTARIA A OTRO HOGAR POR ORDEN DE UN TRIBUNAL? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN E INCLUYA EL COMPROBANTE DEL IMPORTE ABONADO.

YES NO

NOMBRE	CUÁNTO POR MES	A QUIÉN	CON QUÉ FRECUENCIA SE FACTURA
			<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER
			<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER

37. Gastos de cuidado de dependientes

¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAGA POR EL CUIDADO DE NIÑOS O ADULTOS PARA PODER TRABAJAR, BUSCAR TRABAJO O ASISTIR A LA ESCUELA? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN E INCLUYA EL COMPROBANTE DEL IMPORTE ABONADO.

YES NO

NOMBRE DE LA PERSONA BAJO CUIDADO	IMPORTE PAGADO	CON QUÉ FRECUENCIA SE FACTURA	PROVEEDOR
		<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER	
		<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER	
		<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER	
		<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER	

¿ALGUNA DE LAS PERSONAS MENCIONADAS RECIBE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE(S)

38. Gastos del beneficiario o tutor

¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAGA LOS SERVICIOS DE UN BENEFICIARIO O DE UN TUTOR LEGAL? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN E INCLUYA EL COMPROBANTE DEL IMPORTE ABONADO.

YES NO

NOMBRE	IMPORTE PAGADO	CON QUÉ FRECUENCIA SE FACTURA	PROVEEDOR
		<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER	
		<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER	

39. Gastos deducibles de los impuestos (si solicita asistencia médica)

¿ALGUIEN EN EL HOGAR PAGA CIERTAS COSAS QUE PUEDEN DEDUCIRSE EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES; POR EJEMPLO, INTERESES DE PRÉSTAMOS ESTUDIANTILES O APORTES A LA CUENTA INDIVIDUAL DE JUBILACIÓN (INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNT, IRA) TRADICIONAL? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN E INCLUYA EL COMPROBANTE DEL IMPORTE ABONADO.

YES NO

NOMBRE	IMPORTE PAGADO	CON QUÉ FRECUENCIA SE FACTURA	TIPO DE GASTO
		<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER	
		<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> BI-WEEKLY <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> OTHER	

40. Ayuda para pagar los gastos

¿USTED O ALGUIEN DEL HOGAR RECIBE AYUDA PARA PAGAR LOS GASTOS? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN. *INCLUYA LA AYUDA QUE RECIBE DE CUALQUIER AGENCIA, ORGANIZACIÓN O PERSONA PARA PAGAR LOS GASTOS DE SU HOGAR.*

YES NO

QUÉ GASTO SE PAGÓ	NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA

41. Hogar de acogida (si solicita asistencia médica)

¿USTED O ALGUIEN DEL HOGAR ESTUVO EN UN HOGAR DE ACOGIDA PATROCINADO POR EL ESTADO A LOS 18 AÑOS? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

YES NO

NOMBRE	ESTADO

Declaración de entendimiento

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DSS

El Departamento de Servicios Sociales no excluye, niega beneficios ni discrimina de ningún otro modo a ninguna persona por motivos de raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, ya sean reales o percibidos, en la admisión, el acceso, el trato o el empleo en sus programas, actividades o servicios. Para obtener más información sobre esta política o para presentar una queja por discriminación, puede ponerse en contacto con el coordinador del Área de Discriminación, director de la División de Servicios Legales del DSS: Discrimination Coordinator, Director of DSS Division of Legal Services, 700 Governor's Drive, Pierre, SD 57501, 605.773.3305.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS EE. UU. (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. (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan o administran programas del USDA, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos de presentación de quejas varían según el programa o incidente.

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, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa del USDA, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, Formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA, que puede obtenerse en línea en "Cómo presentar una queja por discriminación" o en cualquier oficina del USDA, o puede escribir una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. El formulario completo o la carta debe enviarse utilizando la siguiente información:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture,
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW,
Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410; o

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que 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?

YES NO

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 (para SNAP) o \$2000 (para TANF), antes de la retención 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 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 SNAP o TANF. 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 solicitan asistencia pueden pedir ayuda para obtener números de Seguro Social. Los números de Seguro Social no se compartirán con inmigración federal. Los números de Seguro Social y 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.

Sanciones	
SI HACE LO SIGUIENTE...	USTED...
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocultar información o hacer declaraciones falsas ▪ Utilizar beneficios del SNAP que pertenecen a otra persona ▪ Utilizar los beneficios del SNAP para comprar alcohol o tabaco ▪ Intercambiar o vender beneficios del SNAP, tarjetas de EBT de South Dakota o provisiones compradas con beneficios del SNAP 	<p>Perderá los beneficios del SNAP o la TANF durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 meses en la primera infracción ▪ 24 meses en la segunda infracción ▪ Permanentemente en la tercera infracción ▪ Puede ser objeto de acciones penales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canjear los beneficios del SNAP por sustancias controladas como drogas 	<p>Perderá los beneficios del SNAP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 24 meses en la primera infracción ▪ Permanentemente en la segunda infracción
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canjear beneficios del SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos ▪ Intercambiar, comprar o vender beneficios del SNAP por \$500 o más 	<p>Perderá los beneficios del SNAP permanentemente</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar información falsa al solicitar o recibir asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Será multado por hasta \$2000 o condenado a hasta dos años de prisión, o ambas cosas, si es declarado culpable de un delito grave
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar información falsa con respecto a la identidad o el lugar de residencia con el fin de recibir múltiples beneficios del SNAP simultáneamente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perderá los beneficios del SNAP por diez años
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar información falsa que afecte a la admisibilidad para recibir asistencia médica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perderá la asistencia médica por hasta un año ▪ Será multado por hasta \$5000 o condenado a hasta cinco años de prisión, o ambas cosas, si es declarado culpable
<p>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.</p>	
Firma y autorización de la solicitud (obligatorio)	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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. Estoy de acuerdo en proporcionar al Departamento de Servicios Sociales de South Dakota toda la información necesaria para revisar mi solicitud de asistencia y dicha información será verdadera y correcta.</p>	
<hr/>	
FIRMA DEL SOLICITANTE	
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	

Esta página se ha dejado
en blanco
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 descárguelo del sitio web a través de

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

Nombre del caso: _____

A quien corresponda:

Doy mi consentimiento para que cualquier persona, agencia o institución 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.

Firma del solicitante/beneficiario Fecha

Firma del cónyuge/tutor Fecha

Firma del otro miembro adulto del grupo familiar Fecha

Dirección

Ciudad/estado/código postal

Número de teléfono

Esta página se ha dejado
en blanco
intencionalmente.

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 Alaska 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)	Nombre	Nombre	
	Segundo nombre	Segundo nombre	
	Apellido	Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, nombre de la tribu: _____	Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, nombre de la tribu: _____	
3. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, del programa de salud tribal o del programa de salud urbana para indígenas, o a través de una derivación de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Ciertas sumas de dinero recibidas pueden no ser contabilizadas para Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP). Enumere todos los ingresos (importe y frecuencia) declarados en su solicitud que incluyan dinero procedente de estas fuentes: Pagos per cápita de una tribu procedentes de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas reservas y antiguas reservas) Dinero procedente de la venta de objetos con significado cultural	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	
PERSONA NA 3	PERSONA NA 4	PERSONA NA 5	PERSONA NA 6
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, nombre de la tribu: _____	Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, nombre de la tribu: _____	Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, nombre de la tribu: _____	Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, nombre de la tribu: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____

Esta página se ha dejado
en blanco
intencionalmente.

Recordatorios útiles de la asistencia económica

¡CONSERVE ESTA SECCIÓN PARA SU ARCHIVO!

Información para el SNAP:

- Usted **debe** informar al DSS cuando:
 - los ingresos de su grupo familiar superen el importe máximo correspondiente a la cantidad de integrantes de su grupo familiar; **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**
 - 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, 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.
- Si cumple la definición de persona adulta sin discapacidades sin dependientes (Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD) y puede trabajar, pero no lo hace en la actualidad, solo podrá percibir beneficios durante tres meses dentro de un periodo de 36 meses, salvo que cumpla los criterios de exención que le explique su especialista en beneficios.
- 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.
- Tendrá que elegir un número PIN para su tarjeta de EBT de SD. El PIN debe ser fácil de recordar para usted, pero difícil de descifrar para un tercero. Si no recuerda su PIN, anótelos en su casa y guárdelos en un lugar seguro. NO anote el PIN en su tarjeta ni guarde el PIN en la billetera, el monedero ni junto con la tarjeta de EBT. Si le dice a alguien su PIN y le da su tarjeta, esta persona podría utilizar TODOS sus beneficios, los cuales no se repondrán si eso ocurre.
- 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.
- 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.
- Debe informar si usted o algún miembro de su grupo familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar superiores a \$2000, antes de la retención de impuestos u otras deducciones. Las ganancias deben notificarse en un plazo de diez días a partir de su recepción.

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 el formulario en el 5.º mes de su certificación. Si no completa el formulario de informe antes de la fecha que figura en este, 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.º 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 página 21 de la solicitud para el solicitante, el cónyuge y cualquier otro miembro adulto del grupo familiar. Si se necesitan más firmas, se facilitará un formulario adicional.
- Asegúrese de que tengamos su dirección postal actualizada porque la Oficina de Correos **NO** reenvía el correo del Departamento de Servicios Sociales.
- Debe informar a su especialista en beneficios si usted o cualquier otro miembro del grupo familiar ha sido condenado por una infracción intencional del programa (IPV) para cualquier programa de beneficios, ya sea que la condena haya sido en South Dakota o en cualquier otro estado.
- Solo tiene 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.
- Recibirá una notificación por escrito en la que se le explicarán los beneficios que percibirá. 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.