

División del Bienestar y Servicios Sostenedores

SOLICITUD PARA ASISTENCIA

“Trabajando para el bienestar de todos en Nevada”

Programas por cuales puede solicitar ayuda

Estampillas para Comida (FS) ayudan para comprar comida.

Asistencia Temporal para Familias con Necesidad (TANF) ayuda familias con niños menores cumplir con sus necesidades básicas para dinero y atención médica.

Asistencia Médica Para Familias (FMC) ayuda a familias con niños menores con atención médica.

Asistencia Médica Para Ancianos, Ciegos o Incapacitados (MAABD) ayuda a ancianos (de 65 años o más), ciegos o incapacitados con su atención médica.

Números de Seguro Social – Se le pedirá que provea un número de seguro social (SSN) para todas las personas, (incluyendo usted) por las cuales solicita asistencia, conforme al Título 42 USC 1320b-7. Si una de estas personas no tienen un SSN, nosotros le podemos ayudar a aplicar por uno. El proveer o aplicar por un SSN es un acto voluntario. Cualquier persona que quiere asistencia pero no quiere dar información acerca de su SSN no será elegible para beneficios. Otros miembros de la familia o del hogar pueden recibir beneficios si son elegibles. Si usted solo solicita ayuda de emergencia de Medicaid por razón de su estado de inmigración, usted no tiene que dar información de su SSN si no tiene un número.

Los SSN son utilizados para verificar las entradas de ingreso y recursos de su familia, y para hacer comparaciones por computadora con otras agencias tal como la Administración de Seguro Social, la División de Seguridad de Empleo, el Programa de Esforzar Manutención para Niños y el Servicio de Recaudación Interna. También se utilizan para captar información acerca de trabajadores, investigaciones, para recaudar beneficios sobrepagados y para asegurar que no se obtengan beneficios duplicados.

Estado de Ciudadanía o Inmigración – Se le pedirá que provea información acerca de la ciudadanía y/o estado de inmigración de todas las personas, (incluyendo usted) por las cuales solicita asistencia. Si una de estas personas no quiere dar información acerca de su estado de ciudadanía o inmigración, esa persona no será elegible para beneficios. Otros miembros de la familia o del hogar pueden recibir beneficios si son elegibles. El estado de inmigrante calificado es verificado con el Departamento de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (BCIS) por razones de elegibilidad. Información sobre personas que no solicitan ayuda o que no califican como inmigrantes no será compartida con el BCIS.

No-Discriminación – Ninguna persona será discriminada por cualquier razón (como raza, edad, color, religión, sexo, incapacidad, creencias políticas u origen nacional) en cualquier programa administrado por la División de Bienestar del Estado de Nevada (DWSS). Para someter una queja para cualquier programa debe ponerse en contacto con el Administrador de DWSS de Nevada, 1470 College Pkwy, Carson City, NV 89706-7924, (775) 684-0500 o 1-800-992-0900 extensión 40500.

O

Para el Programa Estampillas para Comida debe ponerse en contacto con United States Department of Agriculture (USDA), Food and Nutrition Service Food Stamp Program Western Region, 90 Seventh Street, Suite 10-100, San Francisco, California 94103, (415) 705-1353, TTY 1-800-735-2922 o puede escribirle a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independent Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). Para Braille, imprenta grande, o cinta magnética para audio, etc., debe ponerse en contacto con USDA’s TARGET Center al (202) 720-2600 (voz y TDD).

Para Medicaid y/o TANF debe ponerse en contacto con la oficina U.S. derechos civiles, (OCR), Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), 50 United Nations Plaza, Room 322, San Francisco, CA 94102, 1-800-368-1019, TTY (415) 437-8311. USDA y HHS son proveedores de beneficios y empleo de oportunidad igual.

Para recibir Estampillas Para Comida y/o TANF (ayuda de dinero) la mayor parte de las personas tienen que tener una entrevista en persona; necesita traer identificación con usted. ¿Tiene una condición física o mental que requiere acomodación especial durante su entrevista? SI NO

Si es “SI,” ¿que necesita? _____ (este servicio es gratis a usted)

¿Habla Inglés? SI NO Si es “NO,” ¿que idioma habla? _____

¿Necesita un intérprete para su entrevista? SI NO (este servicio es gratis a usted)

Anote todos los que viven en su casa, aunque no los considere miembros de su hogar. Por favor anote niños que no han nacido (si alguien esta embarazada). Anote la cabeza de familia primero. Usted puede escoger quien es cabeza de familia y por lo cual será el nombre del caso. Llene todo lo que pueda en esta solicitud; puede pedir ayuda si la necesita.

Raza o pertenencia étnica (esta pregunta es opcional) – por favor marque uno de los cuadros **Hispáno/Latino o**
 No-Hispáno o Latino. Por favor anote la raza o pertenencia étnica* de cada miembro del hogar: **A**– Asiático, **B** – Negro o Africano Americano, **I** – Indígena Americano o Nativo de Alaska; **J** – Indígena Americano o Nativo de Alaska y Blanco; **L** – Asiático y Blanco; **M** – Negro Africano Americano y Blanco; **N** – Indígena Americano o Nativo de Alaska y Negro o Africano Americano; **U** – Nativo de Hawai o Americano y Blanco; **W** – Blanco; **Z** – 2 o mas combinaciones mencionados arriba.
 Por favor anote el estado civil de cada miembro de hogar: **D** – Divorciado; **L** – Legalmente seprado; **M** – Casado; **N** –Nunca Casado; **P** – Separado; **W** – Enviudado

| NOMBRE | RELACION A USTED | S E X O | NUMERO DE SEGURO SOCIAL O NUMERO DE INMIGRACIÓN <i>(opcional-vea la primera página)</i> | ESTADO O PAIS DONDE NACIÓ | ¿CIUDADANO DE EUA? Y/N | RAZA O PERTENENCIA ETNICA* | FECHA DE NACIMIENTO | E D A D | ULTIMO GRADO COMPLETADO AÑO EN QUE LO COMPLETÓ | ESTADO CIVIL | T A F M C | N A A B D A |
|--------|------------------|---------|--|---------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------|---------|--|--------------|-----------|-------------|
| | <i>Usted</i> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

¿Hay mas personas en su hogar? SI NO Si es así, anote estas personas en una hoja separada.

Dirección Donde Vive (*díganos como llegar si no tiene dirección*) Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo (*Si es diferente a donde vive*) Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa Teléfono de día o mensaje Dirección Electrónica

Si usted esta solicitando Estampillas Para Comida, por favor conteste las preguntas 1 a 5 acerca de su hogar. Un hogar de Estampillas Para Comida incluye todas las personas que viven en su hogar y comparten comida con usted. Sus respuestas nos ayudan decidir si califica para servicio acelerado. Usted puede completar, firmar y entregar la primera pagina para empezar el proceso de la solicitud.

1. ¿Compra y prepara su comida con las otras personas en su casa SI NO
 Si es "NO" anote quien compra la comida separada _____

2. Anote la cantidad bruta de todo dinero que su hogar recibió o espera recibir este mes. \$ _____

3. ¿Cuánto dinero en total tienen las personas de su hogar en efectivo, cuentas de cheque y ahorro? \$ _____

4. ¿Cuánto paga mensual por su vivienda (renta/hipoteca) y utilidades? \$ _____

5. ¿Alguien ha recibido beneficios, incluyendo bienes de cualquier tipo, asistencia general, etc., en otro estado o en Nevada? SI NO
 Si es "SI," ¿donde? _____ Ultimo mes en cual recibio beneficios _____
Condado y Estado

BAJO PENALIDAD DE PERJURIO, JURO QUE MIS RESPUESTAS SON VERIDICAS Y CORRECTAS.

 Su Firma Fecha

SOLO PARA USO OFICIAL – EXPEDITED SERVICE SCREENING: HOUSEHOLD ELIGIBLE FOR EXPEDITED SERVICE?
 YES NO EXPEDITED SERVICE SCREENER SIGNATURE: _____ DATE: _____

6. ¿Alguien esta bajo descalificación intencional del programa? SI NO

| | |
|--|---|
| 7. Anote la fecha más reciente cuando empezó a vivir en Nevada: | |
| 8. ¿Usted planea seguir viviendo en Nevada? Si es "NO," explique: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 9. ¿Ay alguien incluyendo, un niño menor, ausente del hogar? Si es "SI," ¿QUIEN? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 10. ¿Alguien es un miembro de Tribu Americano Indio o Alaska? Si es "SI," ¿QUIEN? ¿Que TRIBU? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 11. ¿Usted o alguien con quien usted vive a sido encontrado culpable de una ofensa relacionada con drogas? Si es "SI," Quien y Cuando? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 12. ¿Alguien en su hogar es buscado por la ley? ¿QUIEN? _____ ¿Porque? _____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 13. ¿Alguien tiene cuentas medicas de los últimos tres meses por cual usted necesita ayuda? ¿QUIEN? _____ ¿Que Meses? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| REFUGIADO EXTRANJERO | | | ALIE |
|--|----------------------|---|---|
| 14. ¿Ay alguien en su hogar que "NO" es ciudadano de los Estados Unidos? Si es "SI," complete abajo. | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Lista de los no ciudadanos | Número de Extranjero | Si no sabe su número de extranjero, explique? | |
| | | | |
| | | | |

| ASISTENCIA DE ESCUELA | | SCHL |
|---|--|---|
| 15. ¿Algún miembro del hogar tiene 16 años o mas que este en la escuela? Si es "SI," ¿QUIEN? _____ ¿CUAL ESCUELA? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| EMBARAZO | | PREG |
|---|--|---|
| 16. ¿Alguien esta embarazada? Si es "SI," complete abajo. ¿QUIEN? _____ Fecha que espera: _____ | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| INCAPACIDAD | | | | DISA |
|--|---------------------|-----------------------|---------------------|---|
| VERIFIQUE TODO EL QUE LE CORRESPONDA: | | | | |
| 17. ¿Ay alguien en su casa <input type="checkbox"/> 65 años o mayor <input type="checkbox"/> Ciego <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Ninguno de estos Si es INCAPACITADO, ¿quien esta _____ Fecha mas reciente cuando se incapacito: _____ ¿Cual es la incapacidad? _____ | | | | |
| 18. ¿Alguna vez ha solicitado o ha recibido pensión por medio de la Administración del Seguro Social, incluyendo SSI y/o RSDI? Si es "SI," complete abajo. | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| QUIEN | Aplico (mes/año) | Aprobado (mes/año) | Negado (mes/año) | Apelación Negada (mes/año) |
| | | | | |
| | | | | |

| INSTITUCION MÉDICA | | GRIN |
|---|--|---|
| 19. Algún miembro del hogar esta hospitalizado o esta en una casa de anciano o una institución medica? Si es "SI," complete abajo. ¿QUIEN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| Nombre de institución y dirección | | Fecha de entrada |
| | | |
| ¿Es probable que se quede 30 días o más? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 20. ¿Alguien que esta aplicando para asistencia ha estado en un hospital, casa de anciano u otra institución medica en los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si es "SI," ¿QUIEN? _____ Fecha de entrada: _____ Fecha de desalojo: _____ Nombre de institución: _____ Dirección: _____ | | |
| 21. ¿Alguien que esta aplicando para asistencia, ha participado en un programa de Adicción a las drogas o tratamiento de alcohol? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Si es "SI," ¿QUIEN? _____ Fecha de entrada: _____ Fecha que termino: _____ Nombre de institución: _____ Dirección: _____ | | |

COMPLETE LAS PREGUNTAS 22 A LA 25 SOLO SI ESTA SOLICITANDO PARA AYUDA MEDICA PARA ANCIANO, CIEGO O INCAPACITADO.

| INFORMACIÓN DEL ESPOSO / A | | SHST |
|--|--|---|
| 22. Complete lo siguiente sobre su más reciente esposo/a. Si su esposo/a ha fallecido toda la información aun debe ser completada. | | |
| Nombre de esposo/a: | | |
| Dirección: | | |
| Numero de Seguro Social: | Fecha de nacimiento: | Fecha de fallecimiento: |
| ¿Veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Número de reclamo: | La rama de servicio: |
| Nombre y dirección donde trabajo: | Seguro Medico: | ¿Esta cubierto?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 23. ¿Su esposo/a a trabajado para una compañía ferrocarril o trabajo federal, estado, condado o gobierno de la ciudad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si es "SI," complete abajo. | | |
| Nombre y dirección donde trabaja: | | |
| Fechas de trabajo: | No. de reclamo: | No. de identificación: |
| 24. Información adicional del esposo/a. Anote toda información sobre otros matrimonios que ha tenido. | | |
| El nombre del esposo/a: Apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| Dirección: | | |
| Numero de seguro social | ¿Divorciado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿En viudo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Fecha | Fecha | ¿Veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | No. de reclamo |
| ¿Empleado de ferrocarril, federal, o gobierno local: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| RR o No. de gobierno | Años de trabajo: | |
| El nombre del esposo/a: Apellido | | |
| Primer nombre | | |
| Segundo nombre | | |
| Dirección: | | |
| Numero de seguro social | ¿Divorciado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿En viudo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Fecha | Fecha | ¿Veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | No. de reclamo |
| ¿Trabajador de ferrocarril, federal, o gobierno local: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| RR o No. de gobierno | Años de trabajo: | |
| 25. ¿Si usted o su esposo/a vive en una institución médica, usted o su esposo/a piensa volver a su residencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

30. ¿Alguien es dueño o esta comprando, un carro, remolque, camión, campista, casa móvil, etc.?
También incluya vehículos que no funcionen. SI NO

| DUEÑO | Tipo | Año, marca y modelo | Valor | Cantidad Que debe | Verifique si esta registrado |
|-------|------|---------------------|-------|-------------------|------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| RECURSOS TRANSFERIDOS | TRAN |
|--|------|
| 31. ¿Alguien ha vendido, cambiado, o regalado dinero, vehículos, propiedades u otros recursos o ha cerrado cuentas bancarias o ha comprado bienes/inversiones (forma de aseguransa de por vida) en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Si es "Si," de fecha: _____ y complete abajo. | |

| | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| Nombre de persona a quien vendió o regalo esto: | | Relación a usted: | |
| Dirección: | | | |
| Tipo de recurso/regalo: | | | |
| Explique porque: | | | |
| Total del precio \$ | ¿Esta recibiendo este pago? ¿Cuanto? | Con que frecuencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Valor de recurso/o regalo \$ |
| ¿Usted tiene un interés restante en esta propiedad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | ¿Si la propiedad fue vendida, esta en el mercado libre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

For Official Use Resources:

| INFORMACIÓN DE EMPLEO Y SUELDO | | | | | | JINC / SELF / OINC | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------|----------------------------------|---------------------|--------------------------------|--|
| 32. Anote el empleo actual al ultimo trabajo de cada miembro de su hogar, incluyendo negocio propio o trabajo por su cuenta. | | | | | | | |
| Fechas de trabajo Mes / Año | Nombre de persona que esta trabajando | Nombre y dirección del trabajo | ¿Cada cuanto le pagan? | Cuántas horas trabajo por semana | Cuanto gana la hora | Cuántas propinas recibe al día | Si ya no tiene trabajo, feche y razón por que se fue |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

33. ¿Alguien que esta aplicando para asistencia, trabajo a cambio de comida, vivienda u otra cosa? SI NO
Si es "SI," complete abajo.

| Persona que esta trabajando a cambio | ¿Que es lo que recibe por trabajar? | Valor |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |

MÁS INGRESOS | UNIN / GAGA / LSUM / RINC / RBIN / EDIN

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS: Si o No
34. ¿Alguien ha aplicado o esta recibiendo dinero de alguno de estos recursos en la lista?

| Si | No | RECURSO | Persona recibiendo | Ingreso total al mes |
|----|----|--|--------------------|----------------------|
| | | Manutención por divorcio o separación | | |
| | | Huéspedes / Inquilinos | | |
| | | Manutención para menores | | |
| | | Contribuciones / Regalos | | |
| | | Ayuda educacional / préstamo para estudiante | | |
| | | Pagos para niños acogidos | | |
| | | Asignación de Beneficios de un seguro | | |
| | | Intereses / dividendos | | |
| | | Prestamos | | |
| | | Entrada Militar | | |
| | | Reclamos Mineros | | |
| | | Limosnas | | |
| | | Pensiones / Retiros | | |
| | | Rentas de propiedad | | |
| | | Retiro de Ferrocarril | | |
| | | Regalías | | |
| | | Beneficios de Seguro Social (RSDI) | | |
| | | Beneficios de Huelga | | |
| | | Casa subvencionada | | |
| | | Entrada de Seguro Suplementario (SSI) | | |
| | | Arreglo de Vivienda Sostenida (SLA) | | |
| | | Asistencia Temporánea para Familias con Necesidad (TANF) | | |
| | | Entrada de un Fideicomiso | | |
| | | Seguro de Desempleo | | |
| | | Concesión de utilidad o cheque de Reembolso | | |
| | | Beneficios de veteranos | | |
| | | Ganancias de fuegos | | |
| | | Compensación para Trabajadores o Seguro por Incapacidad Temporánea | | |
| | | Otro | | |

35. ¿Si usted no tiene ningún tipo de ingreso, por favor explique como esta pagando sus gastos y como esta comprando sus cosas personales para su hogar? _____

36. ¿Alguien en su hogar es veterano? SI NO
Si es "SI," complete abajo.

| La rama del servicio | VA número de reclamo | Numero serie | Fechas de servicio |
|----------------------|----------------------|--------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |

37. ¿Algún miembro de su hogar ha trabajado para una compañía de ferrocarril o un trabajo federal, estado, condado o gobierno de la ciudad? Si es "Si," complete abajo.

¿Quién?
Nombre del Trabajo:
Direccion del Trabajo:
Fechas de trabajo: No. De Reclamo: No. De Identificación:

For Official Use Income:

| GASTOS DE MANTENIMIENTO | SUDE |
|--|-------------|
| <p>38. ¿Alguien esta pagando por orden de corte manutención para menores? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿QUIÉN? _____ ¿Cuanto? \$ _____ por _____ (día/semana/mes)</p> <p>¿Para que niños?</p> | |

| RENT/HOME | GASTOS NECESARIOS | UTIL |
|------------------|--------------------------|-------------|
|------------------|--------------------------|-------------|

39. Anote todos los gastos mensuales de su vivienda o los gastos de su esposo/a si usted actualmente reside en una institución médica.

| | | | | | |
|--------------------------|----|----------------------|----|----------|----|
| Renta/Renta de espacio | \$ | Electricidad | \$ | Agua | \$ |
| Hipoteca (incluye 2da) | \$ | Gas Natural | \$ | Basura | \$ |
| Impuestos de propiedad | \$ | Gas Propano | \$ | Drenaje | \$ |
| Seguro de vivienda | \$ | Aceita para calentar | \$ | Teléfono | \$ |
| Honorarios de asociación | \$ | Leña | \$ | Otro | \$ |

40. ¿Cómo se calienta/refresca su hogar?
 Gas Electricidad Gas Propano Lena Otro: _____

41. ¿Alguien mas paga una porción de los gastos de su vivienda? SI NO
 ¿QUIÉN? _____ ¿Cuanto? _____ ¿Cada Cuando? _____

42. ¿Su renta es subvencionada? (HUD, Sección 8, Vivienda de bajo recurso, etc.) SI NO
Anote el nombre de el propietario / nombre de compañía, dirección y teléfono.

| | | |
|---------------|------------------|-----------------|
| <i>Nombre</i> | <i>Dirección</i> | <i>Teléfono</i> |
|---------------|------------------|-----------------|

| MEDICARE | | MEDI |
|--|-------------------|---|
| 43. ¿Alguien que esta solicitando asistencia tiene beneficios por medio de Medicare (parte A o B) o Retiro de ferrocarril? Si es "Si," complete abajo. | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿QUIÉN? _____ | ¿Qué cubre? _____ | Numero de reclamo _____ |
| 44. ¿Alguien que esta solicitando asistencia, rechazo Medicare (parte A o B)? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si es "SI," ¿QUIÉN? _____ | ¿Cuándo? _____ | ¿Qué cubre? _____ |

| SEGUROS MEDICOS | | MINS |
|--|--------------------------|---|
| 45. ¿Alguien que este solicitando asistencia, tiene seguro medico/dental o tarjeta para medicinas de Medicare? Si es "SI," complete abajo. | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| (Incluya Número de seguro del empleo, Champús y seguro por medio del esposo/a, ex esposo/a, padres, etc.) | | |
| Nombre y dirección de la compañía del seguro | | |
| ¿Póliza a nombre de quien? | | |
| Numero de seguro social del dueño de la póliza | Numero de grupo o póliza | Fecha de cobertura |
| ¿Cuánto paga? \$ _____ | ¿Cada cuando paga? _____ | |
| Personas que están cubiertas en el seguro | | |

| GASTOS MEDICOS | | MEDX |
|--|--|---|
| 46. ¿Alguien que es anciano o incapacitado tiene gastos medicos? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si es "SI," ¿cuanto son los gastos cada mes? \$ _____ | | |
| 47. ¿Alguien mas paga estos gastos por usted? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si es "SI," ¿Cuáles gastos? _____ | | |
| Nombre y dirección de persona/agencia que este pagando estos gastos. | | |

| ACCIDENTES / FRACTURAS | | SETT |
|---|--|---|
| 48. ¿Alguien que esta solicitando asistencia, se ha lastimado en un accidente? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si es "SI," ¿QUIÉN? _____ ¿Cuándo? _____ | | |
| 49. ¿Alguien que esta solicitando asistencia, esta recibiendo tratamiento medico porque se lastimo en un accidente? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si es "SI," ¿QUIÉN? _____ ¿Cuándo? _____ | | |
| 50. ¿Alguien que esta solicitando asistencia, fue lastimado en custodia de una agencia de la ley? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si es "SI," ¿QUIÉN? _____ ¿Cuándo? _____ | | |
| 51. ¿Ay una demanda pendiente por alguna fractura o accidente? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si es "SI," ¿de detalles? _____ | | |
| 52. ¿Alguien que esta, solicitando asistencia espera un reembolso, pago o un arreglo legal? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si es "SI," ¿De Quien? _____ | | |
| Nombre y dirección del abogado: | | |

| GASTOS DE CUIDADO PARA DEPENDIENTES | DCEX |
|---|---|
| 53. ¿Alguien paga por el cuidado de un niño o un adulto incapacitado? Si es "SI," ¿Cuánto son los gastos cada mes? \$ _____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 54. ¿Le ayuda otra persona o agencia a pagar los gastos de cuidado? ¿Quién paga? _____ ¿Cuánto paga? _____ por _____ (día/semana/mes) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

For Official Use Expenses and TPL:

| INFORMACION SOBRE PADRES AUSENTES | NCPM |
|---|---|
| 55. El padre/madre de los niños para quien usted esta solicitando beneficios esta: (Cheque uno) <input type="checkbox"/> esta viviendo en otro lugar <input type="checkbox"/> incapacitado o <input type="checkbox"/> a fallecido | |
| 56. ¿Si alguien esta esperando un bebe, el padre esta viviendo en casa? ¿Quién? _____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Complete la información siguiente para los padres de su niño que no viven con usted (inclusive el padre de un niño no nacido aún). Si hay más de un posible padre, complete una forma por cada uno. También anote sus padres si es menor de 18 años y no vive con ellos. Por favor de lo mas información que pueda.
*** Por favor haga copias o pida copias adicionales por cada padre adicional.**

FORMULARIO SOBRE PADRES SIN CUSTODIA (NCP)

Cuando solicita por TANF y/o ayuda de Medicaid, la ley requiere que usted coopere con los Servicios Para Esforzar Manutención (CSE) para establecer paternidad y obtener la manutención y/o la manutención médica que se le debe a usted o a los niños por cuales solicita ayuda. Esto puede incluir exámenes genéticos. Si el examen comprueba que la persona que usted nombro no es el padre es posible que usted tenga que pagar el costo del examen. Usted es responsable de proveer toda información disponible pedida por el Programa CSE como copias certificadas del decreto de divorcio y/o órdenes de manutención, certificados de nacimiento y fotografías del padre ausente.

El programa CSE encuentra a padres ausentes y/o sus ingresos o recursos, establece y esfuerza manutención monetaria o médica, revisa y ajusta órdenes de manutención y colecciona y distribuye pagos monetarios o médicos. Si usted solicita ayuda médica solamente usted puede pedir por escrito que solo quiere servicios para manutención médica.

El programa CSE tiene discreción única en escoger los remedios legales que se utilizan para obtener manutención y no puede garantizar éxito. CSE puede obtener la ayuda de otro estado y tendrá que seguir las leyes de ese estado. CSE no provee servicios acerca de custodia, visitas o de cuentas medicas no pagadas. CSE puede cerrar su caso cuando este cae bajo las reglas para cerrar casos establecidas por leyes federales o estatales.

El programa de CSE representa al Estado de Nevada en proveerle servicios y no existen privilegios entre abogado y cliente. CSE esta autorizado a endosar y cobrar pagos hechos a usted por manutención y puede coleccionar pagos vencidos de manutención interceptando un reembolso de impuestos de IRS u otro pago federal. Si una intercepción de impuestos ocurre, el programa de CSE puede quedarse con el reembolso por un periodo de seis meses antes de distribuir el dinero. No se paga interés sobre el dinero retenido. Dinero coleccionado a través de intercepción de impuestos es utilizado primero para pagar cualquier cantidad de manutención que esta en retraso y esta asignada al Estado de Nevada. El gobierno federal cobra una cantidad que no se reembolsa de cualquier impuesto o pago federal que intercepta el Programa CSE.

Buena razón para no cooperar con nuestro esfuerzo de conseguir manutención o paternidad puede ser permitida. Si usted no coopera con CSE y buena razón no ha sido determinad, su hogar será inelegible para TANF y usted será inelegible para Medicaid. Buena razón para no cooperar será considerada si usted lo pide por escrito. Los siguientes son ejemplos de buena razón:

- *El niño fue concebido como resultado de una violación o incesto.*
- *Procedimientos legales están pendientes ante un juzgado para adoptar el niño.*
- *A usted le esta ayudando una agencia publica o privada para decidir si desea retener a su niño o darlo en adopción (no mas largo que tres meses).*
- *Su cooperación para establecer paternidad o conseguir manutención puede resultar en daño emocional o físico a usted o su niño.*

Usted tiene que proveer verificación al gerente del caso no mas tarde de veinte (20) días después de reclamar buena razón. Usted recibirá una decisión por escrito acerca de su reclamo de buena razón. Si se encuentra que usted tiene justificación en no cooperar, CSE no tratara de establecer paternidad o colectar manutención.

SI, yo deseo reclamar buena razón. **NO, yo no estoy reclamando una buena causa en este momento.**

Firma

Usted tiene que reportar cambios cada vez que un nombre cambie: si tiene una nueva dirección o numero de teléfono para casa o trabajo; contrata un abogado privado o agencia de coleccion, toma acción legal acerca de paternidad o manutención; toma acción para conseguir un divorcio; recibe manutención directamente del padre ausente; tiene una nueva dirección, numero de teléfono, empleo o seguro de salud para el padre ausente; un niño(s) no vive con usted; un niño(s) continua en la escuela después de los 18 anos; un niño(s) se vuelve incapacitado antes de los 18 años; un niño viene a vivir con usted o usted da a luz otro niño; un niño se casa, es adoptado, se une a la fuerzas armadas o es declarado adulto por orden de corte.

Usted es responsable de devolver cualquier cantidad de manutención recibida por error, incluyendo pagos de reembolso de impuestos del IRS, que son ajustados por el IRS. Si usted falla en cometerse a un plan para pagarle al programa de CSE, el balance que queda puede ser reportado a una agencia de crédito y dinero recaudado para usted por el programa de CSE puede ser retenido. Acción legal contra usted también puede ser iniciada.

**DIVISIÓN DEL BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORES
FORMULARIO SOBRE PADRES SIN CUSTODIA (NCP)**

Llene un formulario por cada padre/madre que no vive con los niños por cuales usted solicita ayuda. Por ejemplo, si usted tiene dos niños y cada uno tiene un diferente padre/madre usted tiene que llenar dos formularios. Si usted no es el padre o madre de los niños por cuales solicita ayuda, usted necesita llenar un formulario por la madre ausente y un formulario por el padre ausente. No deje ninguna respuesta en blanco. Si usted no sabe la respuesta a la pregunta o la pregunta no le aplica a usted, escriba "no sé" o N/A (no aplica).

| | | | | | | | |
|--|-------------------|-----------------------------|--|--|--|--|-----------------|
| SU NOMBRE: | | SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL: | | SU FECHA DE NACIMIENTO: | | SU PARENTESCO A LOS NIÑOS: | |
| ¿Usted o los niños han recibido asistencia pública en el pasado?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | Si contesto SI, ¿dónde? (Ciudad, Estado) | | | |
| Numero de seguro social del padre/madre que no vive con usted: | | | | <i>Llene los detalles que usted sepa sobre el padre ausente. Si usted no sabe la respuesta, escriba "no sé" o N/A.</i> | | | |
| APELLIDO: | | PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE: | MODIFICANTE (Jr., Sr., etc.): | | | |
| DIRECCIÓN: | | | | | | | |
| CIUDAD: | | ESTADO: | | CODIGO POSTAL: | | | |
| LA ULTIMA FECHA DE CONTACTO: | | | | TELEFONO/CELULAR: | | | |
| RAZA: | SEXO: | COLOR DE CABELLO: | COLOR DE OJOS: | PESO: | ESTATURA: | ¿ESTA EL O ELLA INCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO: | | | FECHA DE NACIMIENTO: | | FECHA DE FALLECIMIENTO: | | |
| ¿EN CUALQUIER TIEMPO ESTUBO LA MADRE CASADA CON ESTE PADRE SIN CUSTODIA?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | FECHA DEL MATRIMONIO: | | FECHA DEL DIVORCIO: | | |
| ¿LA MADRE FUE CASADA CON ALGUIEN MAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | ¿HAY OTROS HOMBRES QUE PODRIAN SER EL PADRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| ¿EXISTE UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CIUDAD Y ESTADO | | | | | | | |
| INFORMACION SOBRE LOS NIÑOS DE ESTE PADRE O MADRE AUSENTE: | | | | | | | |
| Numero de Seguro Social del Niño | Apellido del Niño | Primer Nombre del Niño | Inicial del segundo nombre del niño | Fecha de Nacimiento del Niño (MM/DD/AA) | ¿Durante 30 dias antes o despues que ocurrio este embarazo, la madre tuvo relaciones sexual con cualquier otro hombre? | | Mes de custodia |
| | | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| <p>Todos los casos de ayuda temporánea para familias necesitadas (TANF) y los casos de programas médicos en cuales los adultos y los niños reciben Medicaid tienen que ser referidos a la unidad de Esforzar Manutención. Yo entiendo que si ninguno de los adultos en mi familia reciben ayuda medica y quiero recibir servicios para Esforzar Manutención por Niños, tengo que entregar una solicitud a la agencia apropiada del estado o del condado que esta a cargo de esforzar manutención en mi localidad.</p> <p>Esta información esta correcta a mi mejor conocer. Yo he leído la sección titulada "Información Importante acerca de Esforzar Manutención por Niños" que se encuentra en la solicitud de elegibilidad. Yo entiendo que si oculto información intencionalmente o doy información falsa puedo ser descalificado de recibir asistencia pública.</p> <p>Yo afirmo bajo castigo de perjurio que la información que yo he proporcionado en este documento es verdadero a mi mejor conocimiento y creencia y que las declaraciones aquí dentro, son para los propósitos declarados, incluyendo pero no limitado a, obtener ayuda en establecer parentela y/o una orden de manutención junto con la colección de manutención.</p> | | | | | | | |
| Su firma: | | | | Fecha firmada: | | | |

AUTORIZACION DEL REPRESENTATIVO**AREP****57. ¿Usted quiere que otra persona solicite beneficios por usted o que lo/la represente?** SI NO*(Esto incluye obtener y usar su tarjeta EBT. Esta persona debe ser mayor de 18 años y proveer una identificación.) Si es "SI," complete abajo.*

¿Quién?

*Nombre**Dirección**Teléfono**Edad***58. En caso de emergencia, comuníquese con:***Nombre, parentesco, dirección y teléfono***NOTICIA IMPORTANTE
INFORMACION DEL PROGRAMA "NEVADA CHECK ✓ UP"**

Si le niegan sus beneficios de Medicaid, su niño puede que sea elegible para el programa de Nevada Check ✓ Up. Este programa provee cuidado de salud comprensivo por bajo costo a niños sin seguro hasta la edad de 19, quienes no son elegibles por Medicaid y no tienen seguro privado. Para averiguar si califica o pedir una solicitud llame sin gasto a 1-800-360-6044.

SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR DONDE USTED VIVE AHORA,**¿Desea registrarse a votar aquí hoy?**

(Por favor marque uno)

 SI NO**Si usted no marca ningún cajón, se considerara que usted no desea registrarse a votar en este momento.**

EI ACTO NACIONAL DE REGISTRACION DE VOTANTES le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted desea ayuda para llenar la aplicación para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. Usted puede llenar la aplicación en privado.

NOTICIA IMPORTANTE: Su aplicación para registrarse o decir que no a registrarse **NO AFECTARA** la cantidad de asistencia que le proveerá esta agencia.

Firma**Fecha****CONFIDENCIALIDAD:** Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partida político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretario Del Estado, Capitol Complex, Carson City, NV 89710.

Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) – Cualquier beneficio de Estampillas para Comida que no se utiliza en una cuenta de EBT por 365 días será quitado de la cuenta y devuelto al “Food and Nutrition Services” (FNS) como requiere las regulaciones federales. Cualquier cantidad que no es usada puede ser aplicada (acreditada) a la cantidad que usted debe de una reclamación (un sobre pago) de Estampillas para comida. Firmando su solicitud usted autoriza que la División del Bienestar y Servicios Sostenedores (DWSS) aplique cualquier balance de beneficios de Estampillas en su cuenta EBT a cualquier deuda que usted u otro adulto en su hogar le debe al programa de Estampillas para Comida

Tiempo Para Procesar – Si es elegible, los beneficios de Estampillas para Comida se le dan desde la fecha de la solicitud. Beneficios de Medicaid se le dan desde el día 1 del mes en el cual solicito ayuda y beneficios de TANF se le pagan el día que se aprueban o 30 días desde la fecha de la solicitud, el cual de ellos sea más temprano. Si es elegible, los beneficios de Estampillas para Comida son procesados en 30 días de la fecha de su solicitud. Si su hogar tiene muy poca o ninguna entrada usted puede recibir las Estampillas de Comida en 7 días de la fecha de su solicitud. TANF y la mayor parte de las solicitudes de Medicaid son procesadas en 45 días de la fecha de su solicitud a no ser que haya una situación fuera de lo normal. Negación de beneficios en un programa no afecta automáticamente la decisión sobre otros programas por los cuales este aplicando.

Información Importante – Si usted aplica por TANF y Estampillas para Comida en la misma solicitud y sus beneficios de TANF son aprobados, cualquier ajuste a sus Estampillas para Comida será hecho a la misma vez. Con esa solicitud usted esta renunciando su derecho a notificación 13 días en avanzado para afectar sus beneficios de Estampillas para Comida que resultan por la aprobación de su TANF. Si sus beneficios de TANF son menos de \$10.00 usted recibirá Medicaid solamente y ningún pago de dinero.

La DWSS puede mandarle información por correo que requiere respuesta antes de cierta fecha. Si usted esta fuera de su casa, usted sigue siendo responsable a responder por la fecha requerida. Puede ser que usted quiera hacer arreglos para su correo mientras este fuera de su casa.

Requisitos de Trabajo: Si es aprobado por TANF y/o Estampillas para comida, puede que se le pida que coopere con ciertos requisitos de trabajo. Si usted no cumple con ciertos requisitos de trabajo usted u otro miembro de su hogar puede ser descalificado de participar en estos programas.

Si usted u otro miembro de su hogar deja un trabajo voluntariamente o reduce la cantidad de horas que trabaja sin buena razón, esto puede ser considerado como un fallo de cumplir con los requisitos de trabajo del programa de Estampillas Para Comida. El periodo de descalificación es un mes y hasta cumplir por la primera violación, tres meses y hasta cumplir por la segunda violación y seis meses y hasta cumplir por la tercera violación.

Responsabilidad de Terceros – Si usted o algún miembro de su hogar recibe Medicaid, usted esta de acuerdo a asignar toda responsabilidad por reclamaciones medicas, sostén medico u otros pagos por cuidado medico. Yo entiendo que esto es una condición de ser elegible para Medicaid. Yo estoy de acuerdo a cooperar con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en obtener pagos por cuidado medico de cualquier tercero u otras personas quienes sean responsables por servicios médicos pagados por el programa de Medicaid. Yo también entiendo que tengo que informar a la DWSS de cualquier acción legal tomada en contra de alguien o si yo recibo una oferta o acuerdo para recuperar gastos médicos o tratamiento que pueda ser pagado por el programa de Medicaid.

Iniciales _____

Responsabilidad Financiera de Padres por Servicios de Medicaid Proveídos a Niños Incapacitados. – Yo entiendo que como padre de un niño menor incapacitado que recibe beneficios bajo el Programa de Medicaid, yo puedo ser responsable a pagar por parte de los gastos incurridos por mi niño, reembolsando al Departamento de Salud y Servicios Humanos por los servicios pagados por mi(s) niño(s) según las NRS 125B.020 y NRS 422.310. Yo estoy de acuerdo a cooperar con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en proveer toda información acerca de mis entradas, recursos y seguro medico necesaria para determinar la cantidad de reembolso que me pertenece. Si yo fallo cooperar o proveer la información pedida, soy responsable por un reembolso mensual en la cantidad de \$1900.

Información Importante acerca de Esforzar Manutención por Niños – Firmando esta solicitud y recibiendo beneficios de TANF y/o Medicaid usted esta de acuerdo de asignar sus derechos de manutención por sus niños a la División de Bienestar y Servicios Sostenedores (DWSS) del Estado de Nevada. Esta es una condición de elegibilidad para sus beneficios de TANF y/o Medicaid. Si usted recibe TANF cualquier pago de manutención ordenado o estipulado por un juzgado pagado a usted es requerido por ley que sea entregado inmediatamente a la DWSS o a la Oficina para Esforzar Manutención (CSE). Firmando esta solicitud autoriza a la DWSS a transferir todo o parte de la manutención coleccionada cada mes para repagar la cantidad de beneficios de TANF que su hogar recibió.

Cuando solicita TANF y/o asistencia de Medicaid, la ley requiere que usted coopere con la CSE. La ley requiere que usted coopere con la CSE para establecer paternidad para poder recibir manutención por su niño y o sostén medico que se le debe a usted o a cualquier niño por cual solicita ayuda. Buena razón para no cooperar en perseguir manutención o la paternidad de su niño puede ser permitida. Si usted no coopera con la CSE y buena razón para no ha sido establecida, su hogar no será elegible para TANF y usted no será elegible para Medicaid.

Si su ayuda de TANF y/o Medicaid se le termina y su manutención para niños es colectado, cualquier porción que se le debe se le hará un deposito directo ha su cuenta bancaria o por medio de una tarjeta de debito de Nevada. Una tarjeta de debito de Nevada se le dará a menos que usted pida que se hagan pagos ha deposito directo ha su cuenta bancaria. Visite nuestra página de web: <http://www.welfare.state.nv.us/child.htm> para más información.

Usted es responsable de devolver pagos de manutención recibidos por error, incluyendo pagos de manutención de un reembolso de impuestos de IRS que son ajustados por el IRS. Si usted falla de llegar a un acuerdo de pago con el programa CSE, el dinero completo de su beneficio de el programa de CSE puede ser detenido para el pago y el balance restante puede ser reportado a una agencia de colección.

DWSS cobrara \$25.00 de comisión para servicios de manutención para los clientes que nunca an recibido asistencia publica.

¿Si se encuentra no elegible para TANF y/o Medicaid, desea seguir con los servicios de manuntencion? SI NO

Iniciales _____

Programa de Medicaid para Recuperar Bienes – Personas que reciben Medicaid que han cumplido 55 años o son mayores o personas que son pacientes en una facilidad médica pueden ser responsable por él repago de gastos de Medicaid que fueron pagados por ellos. Recuperación de estos pagos hechos por el programa de Medicaid serian sacados de la herencia de un recipiente después de su muerte o la muerte del cónyuge que le sobrevive. (Vea forma 6160-AF, Program Operation.)

Revisas e Investigaciones – Firmando esta solicitud usted autoriza al Departamento de Salud y Servicios Humanos a hacer investigaciones acerca de usted y otros miembros de su hogar y también acerca de los padres legales y/o naturales de sus niños que sean necesarias para determinar elegibilidad para beneficios usted o su hogar recibe o recibirá bajo programas administrados por la DWSS, incluyendo asistencia por el cuidado de niños. Información proveída a la DWSS puede ser verificada o investigada por oficiales federales, estatales y locales incluyendo personas que trabajan en el Control de Calidad. Si usted no coopera con la investigación, sus beneficios pueden ser negados o terminados. Si usted hace declaraciones falsas o despistadas, representa mal, esconde o no da los datos necesarios para que la DWSS haga una determinación correcta de sus beneficios o si usted altera un documento sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Usted es responsable de devolver todo dinero, servicio y beneficios incluyendo asistencia con cuidado de niños, a los cuales no tenía derecho. Además, usted puede ser descalificado de recibir beneficios en el futuro, puede ser acusado como criminal o penalizado de otra manera según las leyes estatales y federales.

Individuos encontrados culpables de violación intencional del programa de TANF y/o Estampillas para Comida no están permitidos a participar en el programa por doce (12) meses por la primera violación, veinticuatro (24) meses por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación. El uso ilegal de Estampillas para Comida se castiga con una multa de hasta \$250,000, encarcelamiento por hasta veinte años o ambos.

Iniciales _____

Iniciales _____

Sus Derechos – Cualquier persona cuya solicitud para asistencia ha sido negada, no se ha tomado decisión en un tiempo razonable, o cuyos beneficios han sido reducidos o terminados puede pedir una conferencia o una audiencia. Usted puede pedir una conferencia o audiencia escribiéndole a su oficina local la división o a la oficina de administración. Para Estampillas para Comida usted puede llamar a su oficina de división. Usted también puede pedir una audiencia firmando y devolviendo la Noticia de Decisión que usted recibe. Tiene que pedir su audiencia para TANF, Estampillas para Comida o Medicaid no mas tarde de 90 días de la fecha de su noticia. Para programas de Servicios Sociales tiene que pedir una audiencia no mas tarde de 13 días de la fecha de su noticia.

Usted será notificado en escrito diez (10) días antes de la fecha de su audiencia con la fecha, hora y lugar. Usted puede ser representado en su conferencia/audiencia por cualquiera a quien usted le ha dado permiso por escrito. Usted tiene que dar esta autorización a la oficina de Bienestar antes la conferencia/ audiencia. Usted puede pedir información acerca de los varios servicios legales gratis que pueden existir en su comunidad; haga favor de ponerse en contacto con nosotros para esta información. Si no esta satisfecho con nuestra decisión de audiencia, usted puede apelar su caso a la Corte Local del Distrito en el Estado de Nevada.

Sus Responsabilidades – Usted tiene que reportar cambios en su dirección de correo inmediatamente. Usted tiene que reportar cambios como su dirección física, sus gastos de vivienda, el valor de la subsidia de sus gastos de casa, estado civil, estado de empleo, cualquier dinero que usted recibe o entrada de cualquier tipo, bienes/recursos, dirección de padres ausentes, el numero de personas que viven en su hogar, el nacimiento de un niño de su hogar, si atienden escuela, ausencia de algún miembro del hogar aunque sea temporánea (si es mas de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

Cambios tienen que ser reportados inmediatamente después de su aplicación y antes de que le aprueben sus beneficios. Ya que sea aprobado/a para Estampillas para Comida, usted tiene que reportar en diez (10) días de la fecha en que un cambio ocurra y una vez sus beneficios de TANF y/o Medicaid son aprobados, comprobante de un cambio tiene que tener fecha postal antes del 5 del siguiente mes. Su trabajador puede pedir comprobante adicional del cambio. Usted será requerido enviar comprobante antes de cierta fecha para continuar su elegibilidad o prevenir un sobrepago o pago de menos de sus beneficios.

Las Estampillas Para Comida permite ciertos gastos de su hogar como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, aseguransa de casa, gastos de utilidades, el cuidado de su niño(s)/dependiente y manutención para un niño(s) pagados por su hogar como una deducción para determinar la cantidad de Estampillas Para Comida que su hogar es elegible a recibir siempre y cuando el gasto sea reportado y verificado. Gastos médicos mas de \$35.00 son permitidos si hay un anciano(a) o una persona incapacitada aplicando para beneficios. Si usted no reporta o verifica cualquiera de estos gastos mencionados en esta aplicación, esto será considerado que usted no quiere recibir una deducción para los no reportado y/o no verificado gastos.

Iniciales _____

Iniciales _____

Revelación de información – Yo le doy autorización y permito a revelar cualquier información acerca de mí o de miembros de mi hogar a la Departamento de Salud y Servicios Humanos a la persona que tiene esta información, incluyendo, sin límites, informes acerca de mis entradas, información de confidencia por ley o de otra manera, e información privilegiada de pacientes médicos bajo NRS 49.225 o bajo cualquier otra provisión de la ley. Yo le quito responsabilidad a cual tenga en su posesión esta información, si algo ocurre al dar esta información.

Si tengo 60 años de edad o más, yo doy permiso a que se declare mi identidad y renuncio mis derechos como persona mayor a mantener mi identidad confidencial. Yo le quito responsabilidad a cual tenga posesión de esta información, si algo ocurre al dar esta información.

Iniciales _____

Yo entiendo que si fallo poner mis iniciales en las páginas 13 – 16 donde es indicado, eso no elimina responsabilidad por los requisitos y obligaciones que tengo yo o miembros de mi hogar.

Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Yo estoy de acuerdo a notificar la Division del Bienestar y Servicios Sostenedores de cualquier cambio de circunstancias que afecta mi elegibilidad para asistencia. Yo entiendo que si fallo en reportar cambios de mi situación eso puede resultar en colección de sobre pagos o acción criminal. Yo certifico bajo penalidad de perjurio que mis respuestas están correctas y completas a mi mejor conocimiento y habilidad. Yo juro que yo he reportado la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual aplico honestamente.

| | | | |
|--------------------------------------|--------------|--|--------------|
| Firma o Marca del Solicitante | Fecha | Firma o Marca del Cónyuge/ Segundo padre de los niño(s) | Fecha |
|--------------------------------------|--------------|--|--------------|

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Firma o Marca del Solicitante | Fecha |
|--------------------------------------|--------------|

Testigo: (Utilice si el solicitante no sabe leer o escribir o es ciego.) La información en esta solicitud fue leída al solicitante y yo soy testigo de su firma.

| | |
|--------------------------|--------------|
| Firma del Testigo | Fecha |
|--------------------------|--------------|

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Firma del Gerente de Caso | Fecha |
|----------------------------------|--------------|

No Discriminacion

“De acuerdo con la poliza de las leyes Federales y U.S. Department of Agriculture (USDA) y U.S. Department of Health and Human Services (HHS), en esta institucion se prohíbe la discriminacion a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Bajo la Action del Programa de Estampillas y la poliza de USDA, la discriminacion esta prohibida tambien sobre la base de religion o creencias politicas.”

“Para someter una queja de discriminacion, pongase en contacto con el USDA o HHS. Escriba USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escriba HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). USDA y HHS son proveedores de beneficios y empleo de oportunidad igual.”

Sus Derechos

Una cuya solicitud para asistencia ha sido negada, no se ha tomado decision en un tiempo razonable, o cuyos beneficios han sido reducidos o terminados sin una conferencia o una audiencia. Usted puede pedir una conferencia o audiencia escribiendole a su oficina local de DWSS o a la oficina de administracion de Asistencia de Nutricion Suplemental (SNAP), usted puede pedir una audiencia llamando a su oficina local de DWSS. Usted tambien puede pedir una conferencia o audiencia para los programas de asistencia de TANF, SNAP o Medicaid no mas tarde de 90 dias de la fecha de su noticia. Para programas de Servicios de Asistencia Social, una audiencia no mas tarde de 13 dias de la fecha de su noticia. Usted sera notificado en escrito diez (10) dias antes de la fecha de su audiencia. Usted puede ser representado en su conferencia/audiencia por cualquiera a quien usted le ha dado permiso por escrito y a presentado ala oficina de la conferencia/audiencia. Usted puede pedir informacion acerca de los varios servicios legales gratis que pueden existir en su comunidad; ha contactado con nosotros para esta informacion. Si no esta satisfecho con nuestra decision de audiencia, usted puede apelar su caso a la Corte Suprema del Estado de Nevada.

Sus Responsabilidades

Si usted esta aplicando para TANF y/o Medicaid:

Usted tiene que reportar cambios de su direccion de correo inmediatamente. Cambios adicionales tienen que ser reportados inmediatamente despues de su aplicacion y antes de que le aprueben sus beneficios. Ya que sus beneficios sean aprobados usted debe reportar los siguientes cambios y los cambios deben ser reportados antes del 5 del siguiente mes. Usted tiene que reportar cambios como su direccion fisica, sus gastos de vivienda, el valor de la subsidia de gastos de casa, estado matrimonial, estado de empleo, cualquier dinero que usted recibe o entrada de cualquier tipo, bienes/recursos, direccion de padres ausentes, el numero de personas que viven en su hogar, el nacimiento de un niño de su hogar, si atienden escuela, ausencia de algun miembro del hogar aunque sea temporal a (si es mas de 30 dias), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

Si usted esta aplicando para el Programa de Asistencia de Nutricion Suplemental (SNAP):

Se requiere que usted reporte todos los cambios ocurridos en su hogar desde la fecha en que entrego su aplicacion hasta la fecha de su entrevista. Ya que sea aprobado/a para SNAP, usted tiene que reportar en diez (10) dias de la fecha en que un cambio ocurra basado a los requisitos especificos de su hogar para reportar cambios. Usted recibira una notificacion informandole de sus requisitos.

Si su hogar a sido designado como un *Hogar de Reportar Cambios* se requiere que reporte los mismos cambios mencionados bajo los requisitos de TANF y Medicaid.

Si su hogar a sido designado como un *Hogar de Reportador Simplificado* usted solo tendra que reportar si se mueve fuera del Estado o si sus entradas de dinero exceden 130% del nivel federal de pobreza para el tamano de su hogar.

Su trabajador del caso puede pedir comprobante adicional del cambio. Usted sera requerido de enviar comprobante antes de cierta fecha para continuar su elegibilidad o prevenir un sobre pago o pago de menos de sus beneficios.

El Programa de Asistencia de Nutricion Suplemental permite ciertos gastos de su hogar como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, aseguramiento de casa, gastos de utilidades, el cuidado de su niño(s)/dependiente y manutencion para un niño(s) pagados por su hogar como una deduccion para determinar la cantidad de beneficios del Programa de Asistencia de Nutricion Suplemental que su hogar es elegible a recibir siempre y cuando el gasto sea reportado y verificado. Gastos medicos mas de \$35.00 son permitidos si hay un anciano(a) o una persona incapacitada aplicando para beneficios. **Si usted no reporta o verifica cualquiera de estos gastos mencionados en esta aplicacion, esto sera considerado que usted no quiere recibir una deduccion para los gastos no reportados y/o no verificados.**

Utilizando los fondos de TANF, DWSS por medio de Nevada Public Health Foundation (NPHF), ha desarrollado una clase de crianza y jovenes embarazadas recibiendo asistencia de dinero (TANF). Padres adolescentes recibiendo beneficios TANF y servicios son conocidos como participantes de STARS (Supporting Teens Achieving Real-life Success). Esta clase se a extendido para incluir otras jovenes embarazadas y de crianza recibiendo otro tipo de asistencia como SNAP y bienestar de niño(s). Esta clase de un dia se da enfasis en el empleo, exito en el lugar de empleo, haciendo decisiones, el manejo de dinero y salud, salud, anticonceptivo y enfermedades transmitidas sexualmente. En adiccion, Community Action Teams, parte de una identidad de Nevada Public Health Foundation, conduce una evaluacion de la comunidad de jovenes embarazadas y la prevencion y identifica metodos para reducir embarazo de jovenes por medio de programas de abstinencia. Jovenes, padres, negocios, iglesias, proveedores del cuidado de salud, ejecucion de leyes, escuelas y otras organizaciones se animan a ser parte del equipo de Community Action Teams. Hombres de todas las edades tambien se animan a ser un modelo ejemplar positivo, dando refuerzo al mensaje sobre el posponimiento de participacion sexual.

Despues que entregue su aplicacion usted puede llamar a nuestra linea de respuesta telefonica en el sistema Voice Response Unit (VRU) para averiguar si su caso fue aprobado, negado, terminado o si sigue pendiente. El sistema (VRU) le dejara saber cuando sus beneficios son emitidos y la cantidad.

Para el Sur de Nevada llame (702) 486-1646; para el Norte de Nevada llame a (775) 684-7200; para el area rural de Nevada llame al (800) 992-0900, extension 47200. Su numero de identificacion personal (PIN) para el sistema (VRU) es _____.

Usted puede ponerse en contacto con su trabajador _____ al _____ entre las horas de _____ y _____.

Visite nuestra pagina electronica al: <http://dwss.nv.gov/>

Esta Es Su Copia, Mantenga Esta Pagina Con Sus Documentos

2905 – EG/AS (10/09)