

# Solicitud de ayuda

*“Trabajando para el bienestar de TODOS los habitantes de Nevada”*

## Puede solicitar beneficios de los siguientes programas:

**Ayuda de alimentos** del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ayuda a la gente a comprar comida.

**Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)** ayuda a familias con hijos a cumplir sus necesidades básicas con ayuda en efectivo.

### Tiempo para procesar solicitudes

- Los beneficios de **SNAP** se procesan en un plazo de 30 días de la fecha en que se presenta la solicitud. Si su hogar no tiene ingresos, o tiene ingresos muy bajos, podría recibir beneficios de SNAP en un plazo de 7 días de haber presentado su solicitud. Los beneficios de SNAP se pagan a partir de la fecha en que presenta su solicitud.
- Los beneficios de **TANF** se pagan a partir de la fecha de aprobación o a 30 días de la fecha en que se presenta la solicitud, según lo que ocurra primero. Las solicitudes de TANF se procesan en un plazo de 45 días de la fecha de presentación de su solicitud, a menos que se den circunstancias inusuales.

El hecho de que le nieguen beneficios para un programa no afectará automáticamente la decisión sobre otro programa que esté solicitando.

### Números del Seguro Social

Le pedirán que proporcione Números del Seguro Social (SSN) para todas las personas **que están solicitando ayuda** (incluyendo a usted), de conformidad con el Título 42 de USC 1320b-7. La divulgación o solicitud de un SSN es voluntaria. Para SNAP, cualquier persona que quiera pedir ayuda pero no quiera proporcionar información sobre su SSN, no podrá recibir beneficios. Otros familiares o miembros de su hogar podrían recibir beneficios si fueran elegibles. Para TANF, si uno de los miembros del hogar no proporciona un SSN sin causa justificada, ningún miembro del hogar podrá recibir beneficios de TANF. Esto incluye a todos los individuos cuyos ingresos y necesidades se consideran para determinar su elegibilidad para el programa TANF.

Los SSN se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación por computadora con los datos de otras agencias, como la Administración del Seguro Social, la División de Empleo y Seguridad, los Programas de Cumplimiento de Manutención de los Hijos y el Servicio de Impuestos Internos. También se usan para obtener información laboral, realizar investigaciones, recuperar beneficios que se pagaron de más y asegurar que no se reciban beneficios por duplicado.

### Ciudadanía/Situación inmigratoria

Tendrá que proporcionar información sobre la ciudadanía y situación inmigratoria de todas las personas **que están solicitando ayuda** (incluyendo a usted). Para SNAP, si cualquiera de estas personas no nos quiere proporcionar información sobre su ciudadanía y/o situación inmigratoria, no será elegible para recibir beneficios. Otros familiares o miembros de su hogar podrían recibir beneficios si fueran elegibles. Para TANF, si uno de los miembros del hogar no proporciona, o se niega a proporcionar, un comprobante de su situación inmigratoria o ciudadanía, ningún miembro del hogar podrá recibir beneficios de TANF. El estado inmigratorio de las personas que no son ciudadanas pero están calificadas para recibir beneficios se verificará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) a fin de determinar su elegibilidad. La información sobre las personas que no solicitan beneficios o que no están calificadas no se compartirá con el USCIS.

### No discriminación

“De conformidad con las leyes federales y las normas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS), esta institución tiene prohibido discriminar debido a raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo la Ley de Cupones de Alimentos y las normas del USDA, también se prohíbe la discriminación debido a creencias religiosas o políticas.

“Para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con USDA o HHS. Escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escriba a: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). USDA y HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades”.

### Modificaciones especiales

Para recibir SNAP (ayuda de alimentos) y/o TANF (ayuda en efectivo), la mayoría de la gente tiene que ir a una oficina para una entrevista personal; además tiene que presentar un documento de identidad.

¿Tiene un problema físico o mental que requiere una modificación especial durante su entrevista?  SÍ  NO

Si respondió que SÍ, ¿qué necesita? \_\_\_\_\_ (La mayoría de los servicios son gratis.)

¿Habla inglés?  SÍ  NO Si NO, ¿qué idioma habla? \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete para su entrevista?  SÍ  NO (Este servicio es gratis.)

## INFORMACIÓN SOBRE SU HOGAR

Indique todas las personas que viven en su hogar, ya sea que las considere parte de su hogar o no. Si alguien está embarazada, ponga también el/los bebé(s) sin nacer de su hogar. Ponga primero al jefe de familia; usted decide quién es el jefe de familia. El nombre del caso será la persona que designe como jefe de familia. Llene esta solicitud con la mayor cantidad de información que tenga; puede pedir ayuda si la necesita.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Modificador Jr. Sr.	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad	Estado Civil**	Número del Seguro Social	Estado o país de nacimiento	Ciudadano de EE. UU. S/N	*Raza/Origen étnico	Último grado aprobado	Mes/Año aprobado	ALIMENTOS	TANF	NINGUNO
				YO											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hay más personas que viven en su casa?  SÍ  NO Si "SÍ", enumérelas en una hoja separada.

Raza – Marque una de las casillas que mejor describa a su hogar -  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

\***Origen étnico (optativo)** – Elija uno de los siguientes códigos de origen étnico para cada miembro de la familia: A-Asiático; B- Negro o afroamericano; I-Indígena norteamericano o nativo de Alaska; J-Indígena norteamericano o nativo de Alaska y blanco; L-Asiático y blanco; M-Negro o afroamericano y blanco; N-Indígena norteamericano o nativo de Alaska y negro o afroamericano; U-Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico; W-Blanco; Z 2 o más combinaciones de la lista anterior.

\*\***Estado civil** – Elija uno de los siguientes códigos de estado civil para cada miembro del hogar: D-Divorciado; L-Legalmente separado; M-Casado; N-Nunca se casó; P-Separado; W-Viudo

Dirección de la casa (Dé instrucciones si no tiene una dirección.)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (Si es distinta que la dirección de su casa.)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la casa	Teléfono móvil/para mensajes/de día	Correo electrónico	

**Si está solicitando ayuda de alimentos, responda a las preguntas 1 a 6 sobre su hogar. A los fines de la ayuda de alimentos, el hogar incluye a todas las personas que viven y comparten la comida con usted. Según las respuestas que dé a continuación, puede ser elegible para un servicio acelerado. Puede completar, firmar y presentar la primera página para comenzar el proceso de solicitud.**

1. ¿En general compra, prepara y comparte la comida con las demás personas que viven con Ud.?  SÍ  NO  
Si "NO", indique quién compra su comida por separado \_\_\_\_\_
2. Indique la cantidad de dinero total bruto que su hogar recibió o espera recibir este mes. \$ \_\_\_\_\_
3. ¿Cuánto dinero tienen todas las personas en efectivo, cuentas de cheques y cuentas de ahorro? \$ \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es su costo mensual actual de vivienda (alquiler/hipoteca) y servicios públicos? \$ \_\_\_\_\_
5. ¿Es usted o algún otro miembro de su hogar un trabajador migrante o granjero estacional?  SÍ  NO
6. ¿Ha recibido usted o cualquier otra persona de su hogar TANF, ayuda de alimentos o Mercancías para Indígenas Norteamericanos en Nevada o cualquier otro estado?  SÍ  NO  
Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Qué beneficios? \_\_\_\_\_  
¿Dónde? \_\_\_\_\_ Último mes y año en que recibió beneficios \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender. Juro haber reportado honestamente mi ciudadanía y la de todas las personas que presentan esta solicitud.**

Su firma	Fecha
<b>PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE</b> – EXPEDITED SERVICE SCREENING: HOUSEHOLD ELIGIBLE FOR EXPEDITED SERVICE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Expedited service screener signature: _____ DATE: _____	

REPRESENTANTE AUTORIZADO		AREP
7. ¿Quiere que otra persona mayor de 18 años de edad solicite los beneficios o actúe en su nombre? Si "SÍ", ¿quién? _____ Edad _____ Teléfono ( ) _____ - _____ Dirección _____		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
8. En caso de emergencia, ¿con quién quiere que nos comuniquemos? Nombre _____ Relación _____ Teléfono de día ( ) - _____ Dirección _____		
INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL HOGAR		
9. ¿Piensa seguir viviendo en Nevada? Si "NO", explique: _____		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
10. Indique la fecha más reciente en que comenzó a vivir en Nevada. _____ / _____ (MM/AAAA)		
11. ¿Es usted o algún otro miembro de su hogar miembro de una tribu indígena norteamericana o nativo de Alaska? Si "SÍ", ¿quién? _____ ¿Qué tribu? _____		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
12. ¿Está usted o algún otro miembro de su hogar descalificado actualmente por una Violación de Programa Intencional (IPV)? Si "SÍ", ¿quién? _____ ¿Qué estado? _____		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
13. ¿Ha sido usted o alguna persona de su hogar condenado por una infracción de drogas que constituye un delito mayor a partir del 22 de agosto de 1996? Si "SÍ", ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
14. ¿Está usted o algún otro miembro de su hogar participando, o ha participado, en un programa de tratamiento de drogadicción o alcoholismo? Si "SÍ", ¿quién? _____ Fecha de ingreso _____ / _____ / _____ Fecha en que se completó _____ / _____ / _____ Nombre del establecimiento: _____ Dirección del establecimiento: _____		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
15. ¿Lo están buscando actualmente a usted o a algún otro miembro de su hogar las fuerzas del orden? Si "SÍ", ¿quién? _____ ¿Por qué? _____		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
EMBARAZO		PREG
16. ¿Está usted o algún otro miembro de su hogar embarazada? Si "SÍ", ¿quién? _____ ¿Fecha esperada de parto? _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA)		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
DISCAPACIDAD		DISA
17. ¿Es usted o algún otro miembro de su hogar ciego, discapacitado o no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión? Si "SÍ", ¿quién? _____ ¿Cuándo comenzó esta afección? _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA) ¿Cuál es su discapacidad? _____		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
INFORMACIÓN SOBRE NO CIUDADANOS		ALIE
18. ¿NO es usted o algún otro miembro de su hogar ciudadano de los EE. UU.? Si "SÍ", ¿quién? _____ Núm. de registro de extranjero _____ ¿Cuándo ingresó esa persona a los Estados Unidos? _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA) Si "SÍ", ¿quién? _____ Núm. de registro de extranjero _____ ¿Cuándo ingresó esa persona a los Estados Unidos? _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA)		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ASISTENCIA ESCOLAR		SCHL
19. ¿Tiene usted o algún otro miembro de su hogar entre 7 y 11 años de edad, o es mayor de 16 años de edad y asiste a la escuela? Si "SÍ", ¿quién? _____ Nombre de la escuela _____ Si hay personas adicionales que "SÍ", ¿quiénes? _____ Nombre de la escuela _____		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ANTECEDENTES LABORALES/INGRESOS DEL TRABAJO		JINC/SELF/OINC/QUIT/STRK
20. ¿Está usted o algún otro miembro de su hogar trabajando <b>actualmente</b> , aunque sea por cuenta propia? Si "SÍ", ¿quién está empleado? _____ ¿Sueldo por hora? \$ _____ ¿Hora trabajadas por semana? _____ ¿Con qué frecuencia le pagan? _____ ¿Propinas que recibe por mes? \$ _____ ¿Fecha de inicio? _____ / _____ ¿Nombre del empleador? _____ Teléfono del empleador _____ ¿Dirección del empleador? _____		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

<b>ANTECEDENTES LABORALES/INGRESOS DEL TRABAJO (CONT.)</b>	<b>JINC/SELF/OINC/QUIT/STRK</b>
--	---------------------------------

Si "SÍ" para miembros adicionales de su hogar:

¿Quién está empleado? \_\_\_\_\_ ¿Sueldo por hora? \$ \_\_\_\_\_ ¿Hora trabajadas por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia le pagan? \_\_\_\_\_ ¿Propinas que recibe por mes? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Fecha de inicio? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ¿Nombre del empleador? \_\_\_\_\_ ¿Teléfono del empleador? \_\_\_\_\_  
 ¿Dirección del empleador? \_\_\_\_\_

*Si hay más de dos personas trabajando actualmente, adjunte la información en una hoja separada.*

21. ¿Ha tenido usted o algún otro miembro de su hogar un trabajo que terminó en los **últimos tres meses**?  SÍ  NO

¿Quién estaba empleado? \_\_\_\_\_ ¿Sueldo por hora? \$ \_\_\_\_\_ ¿Hora trabajadas por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia le pagaban? \_\_\_\_\_ ¿Propinas recibidas por mes? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Nombre del empleador? \_\_\_\_\_ ¿Fecha de inicio? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ¿Cuándo se terminó el trabajo? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Dirección del empleador \_\_\_\_\_ ¿Teléfono del empleador? ( ) \_\_\_\_\_ -

¿Razón por la que dejó el trabajo?  Renuncia  Despido  Licencia  Compensación del trabajador  Otra

Si "SÍ" para miembros adicionales de su hogar:

¿Quién estaba empleado? \_\_\_\_\_ ¿Sueldo por hora? \$ \_\_\_\_\_ ¿Hora trabajadas por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia le pagaban? \_\_\_\_\_ ¿Propinas recibidas por mes? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Nombre del empleador? \_\_\_\_\_ ¿Fecha de inicio? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ¿Cuándo se terminó el trabajo? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Dirección del empleador \_\_\_\_\_ ¿Teléfono del empleador? ( ) \_\_\_\_\_ -

¿Razón por la que dejó el trabajo?  Renuncia  Despido  Licencia  Compensación del trabajador  Otra

22. ¿Está usted o algún otro miembro de su hogar inscrito actualmente o trabajando para una agencia/servicio de empleo temporal?  SÍ  NO

Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Qué agencia/servicio? \_\_\_\_\_

23. ¿Está usted o algún otro miembro de su hogar actualmente en huelga?  SÍ  NO

Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_

24. ¿Trabaja usted o algún otro miembro de su hogar a cambio de comida, albergue o alguna otra cosa?  SÍ  NO

Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Qué recibe(n) por su trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el valor de este intercambio? \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_

<b>INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO/OTROS INGRESOS</b>	<b>UNIN/GAGA/LSUM/RINC/RBIN/EDIN</b>
---	--------------------------------------

25. Marque la casilla "SÍ" para cada uno de los tipos de ingresos no derivados del trabajo recibidos o solicitados por usted o un miembro de su hogar. Si no marca la casilla "SÍ" para ninguna de las categorías a continuación, está reconociendo que ni usted ni ningún otro miembro de su hogar tienen ingresos no derivados del trabajo o de otro tipo.

SÍ	ORIGEN	Persona que solicitó/recibe el ingreso	Monto bruto por mes
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia		\$
<input type="checkbox"/>	Ingresos por alquiler de cuarto, con o sin comida		\$
<input type="checkbox"/>	Manutención de los hijos (voluntaria u dictada por la corte)		\$
<input type="checkbox"/>	Contribuciones/Donaciones		\$
<input type="checkbox"/>	Ayuda educativa/Préstamos estudiantiles		\$
<input type="checkbox"/>	Cuidado de crianza		\$
<input type="checkbox"/>	Ayuda General		\$
<input type="checkbox"/>	Liquidaciones de seguro		\$
<input type="checkbox"/>	Intereses/Dividendos		\$
<input type="checkbox"/>	Préstamos		\$
<input type="checkbox"/>	Asignación militar		\$
<input type="checkbox"/>	Reclamos mineros		\$
<input type="checkbox"/>	Limosna		\$
<input type="checkbox"/>	Pensiones/Jubilaciones		\$
<input type="checkbox"/>	Alquiler de propiedades		\$
<input type="checkbox"/>	Jubilación ferroviaria		\$
<input type="checkbox"/>	Regalías		\$
<input type="checkbox"/>	Beneficios del Seguro Social (RSDI)		\$
<input type="checkbox"/>	Beneficios para huelguistas		\$
<input type="checkbox"/>	Vivienda subsidiada		\$
<input type="checkbox"/>	Ingresos del Seguro Suplementario (SSI)		\$

INGRESOS NO DEL TRABAJO Y OTROS (CONT.)		UNIN/GAGA/LSUM/RINC/RBIN/EDIN
<input type="checkbox"/>	Acuerdo de Vida Asistida (SLA)	\$
<input type="checkbox"/>	Ayuda de TANF	\$
<input type="checkbox"/>	Ingresos de un fideicomiso	\$
<input type="checkbox"/>	Seguro de desempleo	\$
<input type="checkbox"/>	Descuento en los servicios públicos/cheque de reembolso	\$
<input type="checkbox"/>	Beneficios de veteranos de guerra	\$
<input type="checkbox"/>	Ganancias de juego	\$
<input type="checkbox"/>	Compensación del trabajador o discapacidad temporal	\$
<input type="checkbox"/>	Otro: (indique) _____	\$

### GESTIÓN DE INGRESOS

26. Si no tiene ingresos, explique cómo está pagando sus cuentas y comprando artículos personales para su hogar.

### RECURSOS

**BANK/LIFE/PROP**

27. Marque la casilla "SÍ" para cada tipo de recursos que usted o un miembro de su hogar tiene, aunque lo tenga(n) en conjunto con una persona fuera de su hogar. Si no marque la casilla "SÍ" para ninguno de los recursos a continuación, está declarando que ni usted ni ningún otro miembro de su hogar tiene ningún recurso:

### CUENTAS DE BANCO

SÍ	TIPO DE CUENTA	TITULAR(ES)	NOMBRE DEL BANCO	VALOR	NO. DE CUENTA (solo ponga las últimas 4 cifras)
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorro			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de cheques			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de unión de crédito			\$	
<input type="checkbox"/>	Ahorros menores			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta comercial			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Club de Navidad			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorro para educación			\$	
<input type="checkbox"/>	Fideicomiso para paciente			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta individual de dinero indígena			\$	

### SEGURO DE VIDA/FIDEICOMISOS/GASTOS DE ENTIERRO

SÍ	TIPO DE CUENTA	TITULAR(ES)	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA O EL BANCO	VALOR NOMINAL	PÓLIZA O NO. DE CUENTA (solo ponga las últimas 4 cifras)
<input type="checkbox"/>	Seguro de vida			\$ /CSV\$	
<input type="checkbox"/>	Fideicomisos disponibles			\$	
<input type="checkbox"/>	Fideicomisos no disponibles			\$	
<input type="checkbox"/>	Fondos/Planes de entierro			\$ /CSV\$	
<input type="checkbox"/>	Sucesiones en vida				

**RECURSOS (CONT.)****BANK/LIFE/PROP****CUENTAS DE INVERSIÓN Y JUBILACIÓN**

SI	TIPO DE CUENTA	TITULAR(ES)	NOMBRE DEL BANCO O LA COMPAÑÍA	VALOR	NÚMERO DE CUENTA (proporcione solo las últimas 4 cifras)
<input type="checkbox"/>	Bonos de ahorro				
<input type="checkbox"/>	Acciones o bonos				
<input type="checkbox"/>	Certificados de depósito				
<input type="checkbox"/>	Cuentas Personales de Jubilación (IRA)				
<input type="checkbox"/>	Cuenta Keogh (401K)				
<input type="checkbox"/>	Anualidades				

**BIENES PERSONALES**

SI	TIPO DE PROPIEDAD	DUEÑO(S)	LUGAR	CONTENIDO O TIPO DE RECURSO	VALOR ACTUAL O DE MERCADO
<input type="checkbox"/>	Caja de seguridad				\$
<input type="checkbox"/>	Ganado en pie				\$
<input type="checkbox"/>	Derechos de suelos minerales				\$
<input type="checkbox"/>	Reclamos mineros				\$
<input type="checkbox"/>	Equipos comerciales/ Inventario				\$
<input type="checkbox"/>	Casas/Terrenos o edificios			¿Esta propiedad está actualmente en venta? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$

**VARIOS**

SI	TIPO DE RECURSO	DUEÑO(S)	VALOR ACTUAL
<input type="checkbox"/>	Pagarés		\$
<input type="checkbox"/>	Efectivo en mano		\$
<input type="checkbox"/>	Otro: (indique)		\$

28. ¿Cualquiera de los recursos de la pregunta 27 han sido designados para gastos de entierro?  
Si "SÍ", ¿qué recursos?  SÍ  NO

**VEHÍCULOS****CARS**

29. ¿Usted o algún otro miembro de su hogar tiene, o está por comprar, un carro, motocicleta, remolque, camión, camper, navío, vehículo de todo terreno, etc.? (Incluya todos los vehículos que actualmente no están funcionando.)  
Si "SI", llene la información a continuación.  SÍ  NO

DUEÑO	TIPO DE VEHÍCULO	AÑO, MARCA Y MODELO	¿EL VEHÍCULO ESTÁ MATRICULADO?	VALOR JUSTO DE MERCADO	MONTO ADEUDADO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$

**RECURSO TRANSFERIDO****TRAN**

30. ¿Ha usted o algún otro miembro de su hogar vendido, intercambiado o donado dinero, vehículos, bienes u otros recursos, o ha cerrado alguna cuenta bancaria en los últimos 3 meses?  SÍ  NO

Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Qué recurso fue transferido? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/AAAA) ¿Cuánto valía este recurso cuando fue transferido? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿A quién se transfirió el recurso? \_\_\_\_\_ ¿Relación con usted? \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué se transfirió el recurso? \_\_\_\_\_

**GASTOS DEL HOGAR****RENT/HOME/UTIL**

31. Seleccione a continuación cómo paga por su vivienda usted o un miembro de su hogar.  
 ALQUILER     HIPOTECA/GASTOS RELACIONADOS     NINGUNO DE ÉSTOS
32. Si está **alquilando** su casa, ¿cuánto paga de alquiler por mes? (Incluyendo el alquiler de espacio/lote) \$ \_\_\_\_\_
33. ¿Cómo se llama su propietario? \_\_\_\_\_ Teléfono del propietario ( ) - \_\_\_\_\_
34. ¿Cuál es la dirección de su propietario? \_\_\_\_\_
35. ¿Su alquiler está subsidiado por alguna agencia?  SÍ  NO
36. Si "SÍ", ¿qué agencia? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto subsidio recibe? \$ \_\_\_\_\_
37. Si está **comprando** su casa, llene el espacio en blanco a continuación con sus gastos actuales:

Monto de la hipoteca (incluyendo segunda)	\$		Frecuencia de pago	
Impuestos (si los paga por separado)	\$		Frecuencia de pago	
Seguro del propietario (si lo paga por separado)	\$		Frecuencia de pago	
Cuotas de asociación inmobiliario (si las paga por separado)	\$		Frecuencia de pago	
Alquiler de espacio/lote	\$		Frecuencia de pago	

38. ¿Alguna persona que no pertenezca a su hogar paga parte de sus gastos de alquiler o hipoteca?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de pago \_\_\_\_\_
39. ¿Es usted o algún miembro de su hogar responsable por pagar gastos de servicios públicos?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿estos gastos de servicios públicos incluyen el costo de calefacción o aire acondicionado?  SÍ  NO  
 Si "NO", indique los servicios públicos por cuyo pago es responsable su hogar:

Electricidad	<input type="checkbox"/>	Leña	<input type="checkbox"/>	Agua	<input type="checkbox"/>	Alcantarillado	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Gas natural	<input type="checkbox"/>	Propano	<input type="checkbox"/>	Recolección de basura	<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>		

40. ¿Alguna persona que no es parte de su hogar paga una porción de sus gastos de servicios públicos?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de pago \_\_\_\_\_

**OTROS GASTOS****SUDE/MEDX/DCEX**

41. ¿Usted o algún otro miembro de su hogar paga manutención de los hijos ordenada por la corte a otra persona fuera de su hogar?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto dinero paga por mes? \$ \_\_\_\_\_
42. ¿Usted o algún miembro de su hogar paga por el cuidado de un niño o adulto discapacitado?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Para quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_
43. ¿Hay alguna agencia o persona fuera de su hogar que paga parte de los gastos para cuidar al niño o adulto discapacitado?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_
44. ¿Hay algún miembro de su hogar mayor de 60 años de edad o discapacitado que tiene gastos médicos de su bolsillo, incluyendo el costo de Medicare o de un seguro médico?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_
45. ¿Hay alguien fuera de su hogar que paga por cualquiera de estos gastos médicos?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_

**LESIONES/ACCIDENTES****SETT**

46. ¿Ha sufrido usted o algún miembro de su hogar una lesión o accidente en los últimos 12 meses?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
47. ¿Hay algún juicio pendiente debido a dicha lesión o accidente?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿cómo se llama el abogado? \_\_\_\_\_  
 Dirección del abogado \_\_\_\_\_
48. ¿Ha recibido usted o algún miembro de su hogar, o espera recibir, un reembolso, pago o liquidación legal de una compañía de seguro?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto dinero? \_\_\_\_\_ ¿De quién? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE PADRE AUSENTE****NCPM**

49. ¿La madre o el padre del/de los menor(es) para quien(es) está presentando esta solicitud: (Marque una)  
 está viviendo en otro lado?     está discapacitado/a?     falleció?
50. Si algún miembro de su hogar está embarazada, ¿el padre del bebé por nacer vive en su casa?  SÍ  NO  
 Si "SÍ", ¿quién es el padre? \_\_\_\_\_

Llene el siguiente formulario con la información del padre ausente de su(s) hijo(s) que no está viviendo con usted (incluso del padre de un bebé aún por nacer). Si hay más de un posible padre, llene un formulario para cada uno. Proporcione la mayor cantidad de información posible.

**\*Haga copias o solicite copias adicionales de esta página para incluir a más padres.**

ESTADO DE NEVADA  
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y SERVICIOS DE APOYO

**FORMULARIO DE PADRE NO CUSTODIAL (NCP)**

Cuando solicita beneficios de TANF, la ley exige que coopere con el programa de Cumplimiento de Manutención de los Hijos (CSE) para establecer la paternidad y cobrar la manutención de los hijos que se le adeude a usted y/o a lo(s) hijo(s) por quien(es) está solicitando dichos beneficios. Esto puede incluir un análisis genético. Si el análisis demuestra que la persona que usted nombró no es el padre, es posible que usted tenga que pagar por el costo del análisis. Usted también es responsable por proporcionar toda la información disponible solicitada por el Programa de CSE, como por ejemplo copias certificadas de decretos de divorcio y/o órdenes de manutención, certificados de nacimiento y fotografías del padre ausente.

El Programa de CSE localiza a padres ausentes y/o fuentes de ingresos y activos, establece y hace cumplir la manutención, revisa y ajusta órdenes existentes de manutención de los hijos, y obtiene y distribuye pagos de dinero.

El Programa de CSE determinará a su sola discreción qué remedios legales se usarán para hacer cumplir la manutención, y no puede garantizar su éxito. CSE puede solicitar la ayuda de otro estado, y en ese caso quedará sujeto a las leyes de dicho estado. CSE no proporciona servicios de custodia o visitación. CSE puede llegar a cerrar su caso cuando se cumplan las reglas de despido de casos establecidas por las reglamentaciones federales y estatales.

El Programa CSE representa al estado de Nevada al proporcionar sus servicios, y no existe ningún privilegio abogado/cliente. CSE está autorizado a endosar y cobrar pagos a su nombre de manutención de los hijos y puede cobrar pagos atrasados de manutención interceptando un reembolso del IRS u otro pago federal. En caso de una intercepción de impuestos, el Programa CSE tiene la autoridad para retener un reembolso tributario conjunto por un periodo de seis (6) meses antes de distribuir los fondos. No se pagará ningún interés sobre los fondos retenidos. Los fondos cobrados de una intercepción tributaria se aplicarán primero al pago de toda manutención atrasada asignada al estado de Nevada. El gobierno federal deducirá una cuota no reembolsable de cualquier pago tributario o federal interceptado por el Programa de CSE.

Se permitirá la falta de cooperación para cobrar la manutención de los hijos o establecer la paternidad **si existe causa justificada** para ello. Si usted no coopera con el programa de CSE y no existe una causa justificada, su hogar no será elegible para recibir beneficios de TANF. Se considerarán las causas justificadas para no cooperar si lo solicita por escrito. Algunos ejemplos de causas justificadas son:

- *El niño fue concebido como resultado de una violación o incesto.*
- *Hay un caso pendiente en la corte para la adopción del niño.*
- *Una agencia de servicios sociales pública o privada licenciada la está ayudando a decidir si se queda con su hijo o lo da en adopción (no más de tres (3) meses).*
- *Su cooperación para establecer la paternidad o cobrar la manutención causaría un daño físico o emocional a usted o su(s) hijo(s).*

Tiene que proporcionarle al encargado de su caso (*case manager*) una verificación a veinte (20) días de reclamar la causa justificada. Recibirá una notificación por escrito de la decisión sobre la causa justificada alegada. Si se determina que usted tiene una causa justificada para no cooperar, el programa de CSE NO intentará establecer la paternidad ni cobrar la manutención de los hijos.

**SÍ, deseo reclamar causa justificada.**

**NO, no deseo reclamar causa justificada en este momento.**

---

Firma

Está obligada a reportar cuando haya un cambio de nombre; tenga una nueva dirección o número de teléfono en su casa o trabajo; contrate a un abogado privado o agencia de cobranza; se presente otra acción legal por manutención de los hijos o paternidad; usted presente una demanda de divorcio; reciba pagos de manutención directamente del padre ausente; el padre ausente tiene una nueva dirección, número de teléfono o empleo; uno de sus hijos ya no vive con usted; uno de sus hijos está todavía en la escuela preparatorio después de haber cumplido 18 años de edad; uno de sus hijos queda discapacitado antes de cumplir 18 años de edad; uno de sus hijos viene a vivir con usted o da a luz a otro hijo; uno de sus hijos se casa, es adoptado, se incorpora a las Fuerzas Armadas o es declarado adulto por orden de la corte.

Usted será responsable por la devolución de todo pago de manutención recibido por error, incluyendo los pagos de un reembolso de impuestos del IRS, los cuales serán ajustados por el IRS. Si no llega a un acuerdo para devolver dichos fondos con el Programa de CSE, el saldo será reportado a una agencia de crédito, y el dinero cobrado en su nombre por el Programa de CSE podrá ser retenido hasta que devuelva el monto adeudado. Además, se podrá iniciar una acción legal en su contra.

**DIVISIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y SERVICIOS DE APOYO DEL ESTADO DE NEVADA  
FORMULARIO DE PADRE NO CUSTODIAL (NCP)**

**Llene un formulario por cada padre que no vive con el/los hijo(s) para quien(es) está solicitando ayuda. Por ejemplo, si tiene dos hijos y cada uno de ellos tiene un padre/madre distinto, tiene que llegar dos formularios. Si usted no es la madre/padre del/de los hijo(s) para quien(es) está solicitando ayuda, tiene que llenar un formulario para la madre ausente y otro para el padre ausente. No deje ninguna pregunta en blanco. Escriba “no sé” o N/C (no corresponde) para cualquier pregunta que no corresponda o que no sepa responder.**

SU NOMBRE:		SU SSN:		SU FECHA DE NACIM.		SU RELACIÓN CON EL/LOS HIJO(S):	
¿Ha recibido usted o el/los hijo(s) asistencia pública en el pasado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Si “SÍ”, ¿dónde? (Ciudad, estado)			
<i>Llene toda la información que tenga sobre el padre no custodial. Si no sabe cómo contestar una pregunta, escriba “no sé” o N/C.</i>							
APELLIDO:		NOMBRE:		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:		MODIFICADOR (Jr., Sr., etc.):	
DIRECCIÓN:							
CIUDAD:				ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:	
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL:				TELÉFONO/TELÉFONO MÓVIL:			
FECHA DE NACIMIENTO:				CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO:			
SI ES DIFUNTO, FECHA DE FALLECIMIENTO:				SI ES DIFUNTO, LUGAR DE FALLECIMIENTO:			
FECHA EN QUE LO VIO O LO CONTACTÓ POR ÚLTIMA VEZ:				¿ES DISCAPACITADO/A? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
RAZA:		SEXO:	COLOR DE PELO:	COLOR DE OJOS:	PESO:	ALTURA:	
¿EN ALGÚN MOMENTO ESTUVO CASADA LA MADRE CON ESTE PADRE NO CUSTODIAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				FECHA DE MATRIMONIO:		LUGAR DE MATRIMONIO:	
SI SE CASARON, ¿ESTÁN DIVORCIADOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				FECHA DE DIVORCIO:		LUGAR EN QUE SE PRESENTÓ EL DIVORCIO:	
¿LA MADRE SE CASÓ CON OTRAS PERSONAS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿HAY OTROS PADRES POSIBLES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿HAY UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS DE LA CORTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				CIUDAD Y ESTADO			
INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS DE ESTE PADRE AUSENTE:							
Número del Seguro Social de cada hijo	Apellido del hijo		Nombre del hijo	Inicial del segundo nombre del hijo	Fecha de nacimiento del hijo (MM/DD/AA)	¿La madre tuvo relaciones sexuales con otro hombre (no mencionado antes) en los 30 días antes o después del embarazo de este hijo?	Mes de custodia
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<p>Todos los casos de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) deben ser remitidos al programa de Cumplimiento de Manutención de los Hijos. Esta información es correcta según mi mejor saber y entender. He leído la sección “Información importante sobre la manutención de los hijos” de la solicitud de elegibilidad. Comprendo que si retengo o doy información falsa intencionalmente, puedo quedar descalificada de recibir ayuda pública.</p> <p>Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este documento es veraz a mi mejor saber y entender, y que las declaraciones contenidas en el mismo se hacen para el fin indicado aquí, incluyendo, sin que esta sea una lista exhaustiva, para conseguir ayuda para establecer la paternidad y/o una orden de manutención de los hijos, junto con la cobranza de manutención de los hijos.</p>							
Su firma:				Fecha de la firma:			

### Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)

Las leyes federales estipulan que el periodo de uso de los beneficios de SNAP es de 12 meses de su fecha de emisión. DWSS está obligado a cancelar todos los beneficios de SNAP no utilizados de una cuenta cuando hayan pasado 365 días de la fecha de emisión de dichos beneficios, y devolverlos al gobierno federal. Todos los beneficios que no se utilicen en 360 días de su fecha de emisión serán congelados. Si el cliente, o un miembro adulto del hogar del cliente, tiene alguna deuda impaga de SNAP, los beneficios congelados se aplicarán al pago de la deuda de SNAP.

Los beneficios de TANF que no hayan sido usados se eliminarán de la cuenta de EBT del cliente 180 días después de su emisión.

**Conforme a la ley federal**, no se puede acceder a los beneficios EBT de TANF desde cajeros automáticos, ni se pueden utilizar para efectuar compras en los siguientes lugares: casinos, establecimientos de juego, licorerías o establecimientos minoristas que proporcionan entretenimiento para adultos.

Sus iniciales \_\_\_\_\_

### Requisitos de trabajo

Si aprueba su solicitud de beneficios de TANF y/o SNAP, es posible que tenga que cooperar con ciertos requisitos de trabajo. Si no cumple con ciertos requisitos de trabajo, tanto usted como los demás miembros de su hogar pueden quedar descalificados de participar en ambos programas. Para SNAP, si usted o algún otro miembro de su hogar renuncia a un trabajo o reduce sus horas de trabajo sin causa justificada, ello puede considerarse como falta de cumplimiento con dichos requisitos. El periodo de descalificación de SNAP por falta de cumplimiento con dichos requisitos es de un mes y hasta que se vuelva a cumplir con los requisitos para la primera violación; tres meses y hasta que se vuelva a cumplir con los requisitos para la segunda violación; y seis meses y hasta que se vuelva a cumplir con los requisitos para la tercera violación. Para TANF, la falta de cumplimiento con los dichos requisitos acordados en su Plan de Responsabilidad Personal puede resultar en la pérdida de beneficios de TANF para todo el hogar por tres meses completos.

### Información importante sobre la manutención de los hijos

Al firmar esta solicitud y al recibir beneficios de TANF, estará aceptando la asignación de su derecho a recibir manutención de los hijos a la División de Bienestar Social y Servicios de Apoyo (DWSS) del estado de Nevada. Esta es una condición de elegibilidad para que su hogar reciba beneficios de TANF. Si está recibiendo beneficios de TANF, toda manutención de los hijos ordenada o estipulada por la corte que usted reciba en forma directa deberá ser transferida por ley inmediatamente a DWSS o al programa de Cumplimiento de Manutención de los Hijos (CSE). Al firmar esta solicitud, está autorizando a DWSS a transferir toda o parte de la manutención cobrada cada mes para pagar los beneficios de TANF recibidos por su hogar.

Cuando solicita beneficios de TANF, la ley exige que coopere con el programa de CSE para establecer la paternidad y cobrar la manutención de los hijos que se le adeude a usted y/o a lo(s) hijo(s) por quien(es) está solicitando dichos beneficios. Se permitirá la falta de cooperación para cobrar la manutención de los hijos o establecer la paternidad si existe causa justificada para ello. Si no coopera con el programa de Cumplimiento de Manutención de los Hijos y no se establece una causa justificada, su hogar no será elegible para recibir beneficios de TANF.

Si se dan por terminados los beneficios de TANF y se cobra manutención de los hijos, cualquier porción a la que usted tenga derecho será pagad por depósito directo en una Tarjeta de Débito de Nevada o en su cuenta bancaria. A menos que usted solicite el pago directo a su cuenta bancaria, se le pagará por medio de una Tarjeta de Débito de Nevada. Visite nuestro sitio web: [dwss.nv.gov](http://dwss.nv.gov) para obtener más información.

Usted será responsable por devolver todo pago de manutención recibido por error, incluyendo los pagos por reembolso de impuestos del IRS, los cuales serán ajustados por el IRS. Si no llega a un acuerdo para devolver dichos fondos con el Programa de CSE, el dinero cobrado en su nombre por el Programa de CSE podrá ser retenido y el saldo puede ser reportado a una agencia de cobranzas. DWSS puede le cobrar \$25.00 por servicios de manutención de los hijos brindados a clientes que nunca recibieron ayuda pública.

¿Quiere tratar de cobrar manutención de los hijos si su hogar no es elegible para recibir TANF?

SÍ  NO

Sus iniciales \_\_\_\_\_

### Exámenes e investigaciones

Al firmar esta solicitud, está autorizando al Depto. de Salud y Servicios Humanos a hacer las investigaciones necesarias sobre usted, los demás miembros de su hogar y/o los padres legales o naturales de su(s) hijo(s) para determinar su elegibilidad para beneficios recibidos por usted o su hogar, o que reciba bajo programas administrados por DWSS, como la ayuda para cuidado de los hijos. La información que dé a DWSS puede ser verificada o investigada por funcionarios federales, estatales y locales, incluyendo al personal de Control de Calidad. Si no coopera en la investigación, se puede denegar o cancelar sus beneficios. Si hace declaraciones falsas o engañosas, tergiversa, oculta o retiene datos necesarios para que DWSS haga una determinación exacta de sus beneficios, o cambia cualquier documento, sus beneficios serán denegados, cancelados o reducidos. Usted será responsable por devolver todo el dinero, servicios y beneficios (incluyendo la ayuda recibida para cuidado de los hijos) a los que no tenía derecho. Además, lo pueden descalificar de recibir beneficios en el futuro y acusarlo de un delito penal, o multarlo de acuerdo a la ley estatal y federal.

Los individuos declarados culpables de una violación intencional del programa de TANF y/o de SNAP no podrán recibir los beneficios por doce (12) meses después de la primera violación; veinticuatro (24) meses después de la segunda violación; y PERMANENTEMENTE después de la tercera violación. El uso ilegal de SNAP se puede castigar con multas de hasta \$250,000, prisión por hasta 20 años o ambos.

Sus iniciales \_\_\_\_\_

Sus iniciales \_\_\_\_\_

### Sus derechos

Cualquier persona cuya solicitud ha sido rechazada o no fue procesada en un plazo de tiempo razonable, o cuyos beneficios se han reducido o cancelado, puede solicitar una conferencia o audiencia. Puede solicitar una conferencia o audiencia escribiendo a la oficina de distrito o la oficina administrativa de su zona. Para SNAP, puede solicitar una audiencia llamando a la oficina de su distrito. También puede solicitar una audiencia firmando y enviando de vuelta el Aviso de decisión que recibió. Tiene que solicitar una audiencia para TANF o SNAP en un plazo de 90 días de la fecha del Aviso.

Será notificado por escrito acerca de la fecha, hora y lugar de la audiencia diez (10) días antes de la misma. Puede ser representado en una conferencia/audiencia por cualquier persona a quien haya dado autorización por escrito. Esta autorización por escrito tiene que ser entregada en la oficina de DWSS antes de la conferencia/audiencia. Puede solicitar información sobre los diversos servicios legales que pueda haber disponibles en su comunidad sin cargo; póngase en contacto con nosotros para obtener información. Si no está satisfecho con la decisión tomada en la audiencia puede apelar su caso ante la corte de distrito del estado de Nevada.

### Sus responsabilidades

#### **Si está solicitando beneficios de TANF:**

Tiene que reportar cualquier cambio en su dirección postal inmediatamente. Todos los cambios adicionales deben ser reportados inmediatamente después de haber presentado su solicitud y antes de que le aprueben los beneficios. Una vez que sus beneficios hayan sido aprobados, debe reportar los siguientes cambios antes del día 5 del mes siguiente. Tiene que reportar cambios de domicilio, gastos para vivir, valor del subsidio de vivienda, estado civil, situación laboral, cualquier dinero que reciba o ingreso de cualquier origen, activos/recursos, dirección del padre ausente, cantidad de personas que viven en la casa, el nacimiento de un hijo, asistencia escolar, ausencia de un miembro del hogar, aunque sea temporal (más de 30 días) y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios recibidos por su hogar.

#### **Si está solicitando beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP):**

Tiene que reportar todos los cambios en su hogar desde la fecha en que presentó su solicitud hasta el día de su entrevista. Una vez que le aprueben los beneficios de SNAP, debe reportar los cambios requeridos en un plazo de 10 días de haber ocurrido, de acuerdo a los requisitos específicos de reporte de su hogar. Recibirá un aviso informándole sobre sus requisitos específicos.

Si su hogar ha sido designado como **Hogar que tiene que reportar un cambio de situación**, tendrá que reportar cambios tales como de domicilio, gastos para vivir, valor del subsidio de vivienda, estado civil, situación laboral, cualquier dinero que reciba o ingreso de cualquier origen, activos/recursos, cantidad de personas que viven en la casa, el nacimiento de un hijo, asistencia escolar, ausencia de un miembro del hogar, aunque sea temporal (más de 30 días) y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios recibidos por su hogar.

Si su hogar ha sido designado como **Hogar con reporte simplificado**, tendrá que reportar si se muda del estado o si sus ingresos exceden el 130% del nivel federal de pobreza para su tamaño de hogar. Si se aprueban los beneficios de SNAP, le notificarán el nivel de ingresos para el tamaño de su hogar.

La persona encargada de su caso puede solicitarle comprobantes adicionales del cambio producido. Tendrá que proporcionar el comprobante antes de una cierta fecha para seguir siendo elegible o para evitar un pago excesivo o insuficiente de beneficios.

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria permite deducir ciertos gastos del hogar pagados de su propio bolsillo, como el alquiler, la hipoteca, los impuestos sobre la propiedad, el seguro del propietario, los gastos de servicio público, el cuidado de los hijos/dependientes y la manutención de los hijos, para determinar la cantidad de beneficios de SNAP que su hogar puede recibir, siempre y cuando dichos gastos se reporten y verifiquen. Se permiten gastos médicos mayores de \$35.00 si una persona anciana (60 años de edad o mayor) o discapacitada está solicitando beneficios. **Si no reporta o demuestra cualquiera de los gastos enumerados en la solicitud, se considerará que no quiere recibir una deducción por dicho gasto no reportado o verificado.**

Sus iniciales \_\_\_\_\_

Sus iniciales \_\_\_\_\_

### Divulgación de información

Por la presente autorizo y doy consentimiento a la divulgación de toda la información concerniente a mí o a los miembros de mi hogar al Departamento de Salud y Servicios Humanos por parte del poseedor de dicha información, como, por ejemplo, información sobre sueldos, información confidencial por ley, como también información privilegiada del paciente conforme a NRS 49.225 o cualquier otra disposición legal. Por la presente libero al poseedor de dicha información de toda responsabilidad, si la hubiere, que resulte de la divulgación de información requerida.

Si tengo por lo menos 60 años de edad, doy consentimiento a la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho, como persona mayor de edad, a que mi información se mantenga confidencial. Por la presente libero al poseedor de dicha información de toda responsabilidad, si la hubiere, que resulte de la divulgación de información requerida.

Sus iniciales \_\_\_\_\_

**Comprendo que si no coloco mis iniciales en las páginas 10 a 12, en el espacio indicado, ello no me eximirá a mí ni a los miembros de mi hogar de dichos requisitos/obligaciones. Si soy menor de 18 años de edad y estoy solicitando ayuda de TANF, comprendo que tengo que contar con la firma adicional de un adulto mayor de 18 años para completar la solicitud.**

**Comprendo las preguntas de esta solicitud y la penalidad por ocultar o dar información falsa. Notificaré a la División de Bienestar Social y Servicios de Apoyo de Nevada todos los cambios en las circunstancias de mi hogar que afecten mis beneficios. Comprendo que si no reporto dichos cambios podré recibir pagos de más, que después seré responsable por devolver, y hasta podría ser demandado en una corte judicial. Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender. Juro haber reportado honestamente mi ciudadanía y la de todas las personas que presentan esta solicitud.**

Firma o marca del solicitante	Fecha	Firma o marca del cónyuge Segundo padre del/de los hijo(s)/Representante adulto	Fecha
-------------------------------	-------	--	-------

Testigo: (Use si el solicitante no sabe leer o escribir, o si es ciego.) Se le ha leído la información en esta solicitud al solicitante, y he sido testigo de la firma precedente.

Firma del testigo	Fecha
-------------------	-------

*Puede presentar su solicitud llenada en la oficina local de Welfare o enviar por correo a PO Box 15400, Las Vegas, NV 89114.*

### SI NO ESTÁ INSCRITO PARA VOTAR DONDE VIVE AHORA, ¿SE QUIERE INSCRIBIR PARA VOTAR AQUÍ HOY?

(Marque una respuesta)

SÍ  NO

**Si no marca ninguna de las casillas, se considerará que decidió no inscribirse para votar en este momento.**

La **LEY DE INSCRIPCIÓN NACIONAL DE VOTANTES** le da la oportunidad de inscribirse para votar en este lugar. Si quiere llenar un formulario de solicitud de inscripción para votar, le ayudaremos a hacerlo. La decisión de pedir o aceptar ayuda depende de usted. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.

**AVISO IMPORTANTE:** El hecho de que decida o no inscribirse para votar NO AFECTARÁ la cantidad de ayuda brindada por esta agencia.

Firma	Fecha
-------	-------

**CONFIDENCIALIDAD:** Ya sea que decida o no inscribirse para votar, su decisión permanecerá confidencial.

SI CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político o preferencia política, puede presentar una queja ante la Oficina del Secretario de Estado, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89710.

### No discriminación

“Conforme a las leyes federales y las normas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), esta institución tiene prohibido discriminar debido a raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo la Ley de Cupones de Alimentos y las normas del USDA, también se prohíbe la discriminación debido a creencias religiosas o políticas.

“Para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con USDA o HHS. Escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escriba a: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). USDA y HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades”.

### Sus derechos

Cualquier persona cuya solicitud ha sido rechazada, o no fue procesada en un plazo de tiempo razonable, o cuyos beneficios se han reducido o cancelado, puede solicitar una conferencia o audiencia. Puede solicitar una conferencia o audiencia escribiendo a la oficina de distrito o la oficina administrativa de DWSS de su zona. Para SNAP, puede solicitar una audiencia llamando a la oficina de DWSS de su distrito. Tiene que solicitar una audiencia para programas de asistencia como TANF o SNAP en un plazo de 90 días de la fecha del Aviso. Le notificarán por escrito la fecha, hora y lugar de la audiencia 10 días antes de la misma. Puede ser representado en la conferencia/audiencia por cualquier persona a quien haya dado autorización escrita; dicha autorización debe ser entregada en la oficina de DWSS antes de la conferencia/audiencia. Puede solicitar información sobre los diversos servicios legales que pueda haber disponibles en su comunidad sin cargo; póngase en contacto con nosotros para obtener información. Si no está satisfecho con la decisión tomada en la audiencia, puede apelar su caso ante la corte de distrito del estado de Nevada.

### Sus responsabilidades

#### Si está solicitando beneficios de TANF:

Tiene que reportar cualquier cambio en su dirección postal inmediatamente. Todos los cambios adicionales deben ser reportados inmediatamente después de haber presentado su solicitud y antes de que le aprueben los beneficios. Una vez que sus beneficios hayan sido aprobados, debe reportar los siguientes cambios antes del día 5 del mes siguiente. Tiene que reportar cambios de domicilio, gastos para vivir, valor del subsidio de vivienda, estado civil, situación laboral, cualquier dinero que reciba o ingreso de cualquier origen, activos/recursos, dirección del padre ausente, cantidad de personas que viven en la casa, el nacimiento de un hijo, asistencia escolar, ausencia de un miembro del hogar, aunque sea temporal (más de 30 días) y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios recibidos por su hogar.

#### Si está solicitando beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP):

Tiene que reportar todos los cambios en su hogar desde la fecha en que presentó su solicitud hasta el día de su entrevista. Una vez que le aprueben los beneficios de SNAP, debe reportar los cambios requeridos en un plazo de 10 días de haber ocurrido, de acuerdo a los requisitos específicos de reporte de su hogar. Recibirá un aviso informándole sobre sus requisitos específicos.

Si su hogar ha sido designada como *Hogar que tiene que reportar un cambio de situación*, tendrá que reportar los mismos cambios enumerados como requisitos de reporte de TANF más arriba.

Si su hogar ha sido designada como *Hogar con reporte simplificado*, tendrá que reportar si se muda del estado o si sus ingresos exceden el 130% del nivel federal de pobreza para su tamaño de hogar. Se notificará a su hogar este monto en el momento de la aprobación.

Su encargado del caso puede solicitarle comprobantes adicionales del cambio producido. Tendrá que proporcionar el comprobante para una cierta fecha para seguir siendo elegible o para evitar un pago excesivo o insuficiente de beneficios.

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria permite deducir ciertos gastos del hogar pagados de su propio bolsillo, como el alquiler, la hipoteca, los impuestos sobre la propiedad, el seguro del propietario, los gastos de servicio público, el cuidado de los hijos/dependientes y la manutención de los hijos, para determinar la cantidad de beneficios de SNAP que su hogar puede recibir, siempre y cuando dichos gastos se reporten y verifiquen. Se permiten gastos médicos mayores de \$35.00 si una persona mayor o discapacitada está solicitando beneficios. **Si no reporta o demuestra cualquiera de los gastos enumerados en la solicitud, se considerará que no quiere recibir una deducción por dicho gasto no reportado o verificado.**

Utilizando fondos de TANF, DWSS, por intermedio de la Fundación de Salud Pública de Nevada (NPHF) ha desarrollado una clase de crianza para adolescentes embarazadas que reciben ayuda en efectivo de TANF. Los padres o madres adolescentes que reciben beneficios y servicios de TANF se conocen como participantes STARS (Respaldando a los Adolescentes para que Logren Éxito en la Vida Real). Esta clase se ha ampliado a otras adolescentes embarazadas y que están criando a sus hijos y que reciben otro tipo de ayuda, como SNAP y Bienestar Social para Niños. Esta clase de un día de duración se enfoca en conseguir empleo, obtener éxito en el lugar de trabajo, cómo tomar decisiones, gestión del dinero y temas de salud como métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Además, Equipos de Acción Comunitaria (*Community Action Teams*), una entidad de la Fundación de Salud Pública de Nevada, realiza evaluaciones del embarazo en adolescentes y su prevención, e identifica métodos potenciales para reducir el embarazo en adolescentes por medio de programas de abstinencia. Se alienta a jóvenes, padres, empresas, iglesias, profesionales médicos, las fuerzas del orden, escuelas y otras organizaciones a prestar servicio en los Equipos de Acción Comunitaria. También se alienta a hombres de todas las edades a que sean modelos positivos, reforzando el mensaje la postergación de las actividades sexuales.

Después de presentar su solicitud, puede llamar a nuestro sistema de Unidad de Respuesta de Voz (VRU) para averiguar si su caso fue aprobado, rechazado, cancelado o está pendiente. El sistema VRU también le puede informar si le dieron los beneficios y el monto de los mismos.

**Si vive en Nevada del Sur, llame al (702) 486-1646; Nevada del Norte, llame al (775) 684-7200; Nevada rural, llame al (800) 992-0900, ext. 47200. Su No. de Identificación Personal (PIN) para el sistema de VRU es \_\_\_\_\_.**

**Puede hablar con el encargado de su caso, \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ entre las \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ horas.**

Visite nuestro sitio web: <http://dwss.nv.gov/>

Esta es su copia; guarde esta página como comprobante

2905 – EG/A (10/13) – Spanish

