

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME					EFFECTIVE DATE	DISPOSITION ☐		☐	
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):					DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):		DATE	REASON CODE
DATE RECEIVED BY AGENCY					EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____				

PA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		SNAP AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN PARA CIERTOS BENEFICIOS Y SERVICIOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Si usted es ciego o tiene una discapacidad visual grave y necesita este formulario de recertificación en un formato alternativo, puede pedirlo a su distrito de servicios sociales. Para obtener más información sobre los tipos de formatos disponibles y cómo pedir un formulario de recertificación en un formato alternativo, consulte el instructivo para llenar este formulario (PUB-1313 Statewide), disponible en www.otda.ny.gov o <https://www.health.ny.gov/>.

Si es ciego o tiene una discapacidad visual grave,
¿le gustaría recibir avisos por escrito en un formato alternativo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, marque el tipo de formato que desea:

☐ Tipografía grande ☐ CD de datos

☐ CD de audio ☐ Braille, si cree que ninguno de los otros formatos alternativos le será de igual utilidad

Si necesita otro formato, comuníquese con su distrito de servicios sociales.

Nos comprometemos a darle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa. Siempre que vea "Asistencia Pública" o "PA" en el formulario de recertificación, se refiere a "Asistencia para Familias" o "Asistencia Red de Seguridad". Llamamos a estos dos programas "Asistencia Pública". **Consulte el instructivo (PUB-1313 Statewide) y los libros 1, 2 y 3 de "Lo que debe saber" (LDSS-4148A, LDSS-4148B y LDSS-4148C) cuando complete esta solicitud y comuníquese con su distrito de servicios sociales si tiene alguna pregunta.**

Cuando vea "MA" en el formulario de recertificación, se refiere a "Medicaid". Puede solicitar MA usando este formulario de recertificación solamente si también solicita Asistencia Pública o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) al mismo tiempo. Si solo desea realizar una recertificación de MA, puede hacerlo en línea en <https://nystateofhealth.ny.gov/> o llamando al 1-855-355-5777 si desea obtener más información o presentar una recertificación, o puede usar la solicitud impresa solo para MA (el formulario DOH-4220) que el empleado puede proporcionarle o llamar a la línea de ayuda de MA al 1-800-541-2831. Si solamente desea presentar una recertificación para el Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP), debe hacerlo con el Formulario DOH-4328, que el empleado puede proporcionarle. Si necesita servicios de cuidado personal de manera inmediata, debe solicitar MA por separado utilizando el formulario de solicitud de MA, DOH-4220.

SECCIÓN 1 MARQUE TODOS LOS PROGRAMAS PARA LOS QUE USTED O UN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR SOLICITA LA RECERTIFICACIÓN										☐ Asistencia Pública (PA) ☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ☐ Medicaid (MA) y SNAP ☐ Medicaid (MA) y PA																													
SECCIÓN 2																				SECCIÓN 5 ¿ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES APLICA A SU CASO EN PARTICULAR? ☐ Embarazada 1 ☐ Víctima de violencia doméstica 2 ☐ Necesita establecer la filiación 3 ☐ Necesita sustento de menores 4 ☐ Problemas de alcohol/drogas 5 ☐ Corte de combustible o servicios públicos 6 ☐ No tiene donde quedarse/Sin hogar 7 ☐ Incendio u otra catástrofe 8 ☐ No tiene ingresos 9 ☐ Problema médico grave 10 ☐ Orden de desalojo pendiente 11 ☐ No tiene comida 12 ☐ Necesita cuidado de crianza 13 ☐ Necesita cuidado de niños 14 ☐ Problemas con el idioma inglés 15 ☐ Adaptaciones razonables 16 ☐ Otro _____ 17																			
¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL? ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ OTRO (especifique) _____										DESEA RECIBIR AVISOS EN ☐ INGLÉS SOLAMENTE ☐ INGLÉS Y ESPAÑOL																													
SECCIÓN 3																				INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO										ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE									
PRIMER NOMBRE										INICIAL DEL 2.º NOMBRE					APELLIDO					ESTADO CIVIL					NÚM. DE TELÉFONO () CÓDIGO DE ÁREA					¿NÚM. DE CELULAR? ☐ SÍ ☐ NO									
DIRECCIÓN										NÚM. APTO.					CIUDAD					CONDADO					ESTADO					CÓDIGO POSTAL									
DIRIGIR CORRESPONDENCIA A (LLENE SI SU CORRESPONDENCIA DEBE IR DIRIGIDA A NOMBRE DE OTRA PERSONA)																																							
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA ANTERIOR)										NÚM. APTO.					CIUDAD					CONDADO					ESTADO					CÓDIGO POSTAL									
¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN SU DIRECCIÓN ACTUAL?			AÑOS		MESES		¿ES UN ALBERGUE? ☐ SÍ ☐ NO			OTRO TELÉFONO EN EL QUE SE LE PUEDA LOCALIZAR			NÚM. DE TELÉFONO () CÓDIGO DE ÁREA					DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)																					
INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU DIRECCIÓN ACTUAL																																							
DIRECCIÓN ANTERIOR										NÚM. APTO.					CIUDAD					CONDADO					ESTADO					CÓDIGO POSTAL									
SI ACTUALMENTE NO TIENE HOGAR, MARQUE AQUÍ ☐																																							
AGENCIA QUE AYUDA AL SOLICITANTE/PERSONA DE CONTACTO																				NÚM. DE TELÉFONO () CÓDIGO DE ÁREA																			
¿NECESITA QUE LA PARTE REFERENTE A MEDICAID DE ESTE FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN Y LA POTENCIAL RECEPCIÓN DE ALGUNA COBERTURA DE MEDICAID SE MANTENGAN CONFIDENCIALES? ☐ SÍ ☐ NO																																							
INDIQUE LOS ASPECTOS QUE HAN CAMBIADO DESDE SU SOLICITUD O ÚLTIMA RECERTIFICACIÓN (p. ej., cambio de domicilio, nacimiento de un hijo, ingresos, etc.)																																							
SECCIÓN 4 – Si vuelve a solicitar el SNAP:																				Puede presentar un formulario de recertificación el mismo día en que la recibe. Para presentar una recertificación de SNAP, debe incluir, por lo menos, su nombre, dirección (si tiene una) y firma al pie. Debe concluir el proceso de recertificación, incluida la firma en la última página de la recertificación y una entrevista. Si reúne los requisitos, recibirá los subsidios SNAP retroactivos a la fecha en la que presentó la recertificación. Se le informará, dentro de un plazo de 30 días posteriores a la fecha en la que registró (presentó) su recertificación de subsidios SNAP, si esta fue aprobada o denegada. Si su hogar cuenta con escasos ingresos o recursos en líquido o no cuenta con ninguno, o si sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos y recursos en líquido, puede ser apto para obtener subsidios SNAP dentro de un plazo de cinco días calendario contados a partir de la fecha en la que presenta la solicitud. Si usted es residente de una institución y realiza una recertificación de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) y subsidios SNAP antes de dejar la institución, la fecha de presentación de la recertificación es la fecha en la que deja la institución.																			
FIRMA DEL BENEFICIARIO DE SNAP O SU REPRESENTANTE										FECHA DE FIRMA																													
x																																							

SECCIÓN 6 – INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR – Enumere todas las personas que <i>viven</i> con usted, aunque no presenten una recertificación con usted. Ingrese sus datos en el primer renglón.														¿Esta persona (inclusive los hijos menores de edad) compra alimentos o prepara comidas con usted?			
														Máximo grado de escolaridad alcanzado			
RI	LN	Primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido				Esta persona presenta una recertificación para:			Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Sexo: (M/F/X)	Identidad de género (opcional): (Hombre, Mujer, No binario, X, Transgénero, Identidad diferente [describa])	Relación con usted:	Número de Seguro Social de los miembros del grupo familiar que presentan la recertificación (Consulte el instructivo [PUB-1313 Statewide] o comuníquese con su distrito de servicios sociales).				
						PA	SNAP	MA								SÍ	NO
	01											YO MISMO(A)					
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

ESCRIBA LOS APELLIDOS DE SOLTERA Y OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED O LOS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR HAN SIDO CONOCIDOS	N.º de línea	ONC	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	APELLIDO
	N.º de línea	ONC	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	APELLIDO

SECCIÓN 7					
¿SE HA MUDADO ALGUIEN AL GRUPO FAMILIAR EN EL ÚLTIMO AÑO? ☐ SÍ ☐ NO			¿HABÍA VIVIDO ANTES EN EL ESTADO DE NUEVA YORK?		¿SE HA MUDADO ALGUIEN DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ÚLTIMO AÑO? ☐ SÍ ☐ NO
SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE A CONTINUACIÓN.					SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE A CONTINUACIÓN.
NOMBRE		☐ SÍ ☐ NO		NOMBRE	¿CUÁNDO?
NOMBRE		☐ SÍ ☐ NO		NOMBRE	¿CUÁNDO?
IS ANYONE SANCTIONED?	☐ YES ☐ NO		IF YES, WHO	REASON	END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION							
LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD
			YES	NO			

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION										INDIVIDUAL EDUCATION				CONSIDER	
LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	✓ RCA/RMA REFERRAL
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO	01		05		
											02		06		
											03		07		
											04		08		

SECCIÓN 8 – RAZA/ORIGEN ÉTNICO – El proporcionar esta información se hace de manera voluntaria. No afectará la elegibilidad de las personas que realicen la recertificación ni el nivel de beneficios que recibirán. Se solicita esta información para garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color o nacionalidad.												
LN	H	HISPANO O LATINO										
	I	INDÍGENA NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA										
	A	ASIÁTICO										
	B	RAZA NEGRA O AFROAMERICANO										
	P	INDÍGENA HAWAIANO O NATIVO DE LA POLINESIA										
	W U	BLANCO DESCONOCIDO (SOLO MA)										
	↓	PARA CADA PERSONA QUE SE ENUMERA EN LA SECCIÓN 6, INGRESE S (SÍ) SI ES HISPANA O LATINA.										
		PARA CADA PERSONA QUE SE ENUMERA EN LA SECCIÓN 6, INGRESE S (SÍ) SEGÚN LA RAZA QUE CORRESPONDA. PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA RAZA.										
	H	I	A	B	P	W	U					
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
ANTICIPATED FUTURE ACTION							CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS	CONSIDER	SE SOLICITA	DOCUMENTACIÓN	EN EXPEDIENTE
LINE NO.	CODE	DATE							✓ Relationship ✓ Filing Unit ✓ Legally Responsible Relative ✓ Single Economic Unit ✓ SNAP Household Composition ✓ SNAP Aged/Disabled Individual ✓ Photo ID ✓ AFIS (PA Only) ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Health Insurance ✓ Child Support Pass-Through			
NEEDED		REFERRALS					COMPLETED					
		Legal										
		Services										
		SSA										
		NYSoH										
		Chronic Care/SSI-Related										
		MA-Only										
		Medicare Savings Program										

Lea detenidamente esta página antes de contestar las preguntas. Si tiene dudas, consulte el instructivo (PUB-1313 Statewide) o comuníquese con su distrito de servicios sociales.

SECCIÓN 9 – CIUDADANO/NO CIUDADANO CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

ENUMERE TODAS LAS PERSONAS QUE ESTÁN REALIZANDO UNA RECERTIFICACIÓN O QUE DEBEN RECERTIFICARSE.

Algunos programas de servicios sociales requieren que usted certifique que es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano, nacional de Estados Unidos, o inmigrante con situación migratoria satisfactoria. Otros programas no lo requieren.

Usted *DEBE* firmar la siguiente certificación solamente si es ciudadano de Estados Unidos, indígena norteamericano, nacional de Estados Unidos, inmigrante con situación migratoria satisfactoria **y** realiza una recertificación de:

Asistencia Pública, o

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, o

Medicaid

Un miembro adulto del grupo familiar o un representante autorizado pueden firmar en nombre de todos los miembros del hogar. Por ejemplo: Un padre/madre que no tenga una situación migratoria satisfactoria puede firmar en nombre de su hijo(a) que sí tiene una situación migratoria satisfactoria.

NEEDED

REFERRALS

COMPLETED

Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)

Una recertificación de SNAP debe incluir a todas las personas que viven en el hogar beneficiario de SNAP. Una recertificación de PA debe incluir a todos los menores para quienes se realiza la recertificación, sus hermanos y hermanas, y todos los padres de dichos menores que viven juntos. Si no indica que una persona de la lista es ciudadano de Estados Unidos, nacional de Estados Unidos o no ciudadano con situación migratoria satisfactoria, ni proporciona un número de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) (Número de Registro de Extranjero) o número de no ciudadano (de haberlo), esa persona no recibirá asistencia y los demás miembros del grupo familiar recibirán subsidios reducidos. Si es indígena norteamericano, marque la casilla “ciudadano/nacional”.

FIRME* Y FECHE LA CASILLA ABAJO PARA CADA SOLICITANTE.

En el caso de una persona no ciudadana con situación migratoria satisfactoria que presente una recertificación, marque la casilla de los programas para los cuales cada persona no ciudadana que presente una recertificación tiene situación migratoria satisfactoria. (Consulte el instructivo PUB-1313 Statewide).

LN	PRIMER NOMBRE	MI	APELLIDO	Marque “CIUDADANO/NACIONAL” o “NO CIUDADANO” para cada persona.	NÚMERO USCIS (NÚMERO DE REGISTRO DE EXTRANJERO) O NÚMERO DE NO CIUDADANO (Si tiene uno).	CERTIFICACIÓN	FECHA	PA	S N A P	MA
01				☐ CIUDADANO O NATURALIZADO ☐ NO CIUDADANO	A	Firma X				
02				☐ CIUDADANO O NATURALIZADO ☐ NO CIUDADANO	A	Firma X				
03				☐ CIUDADANO O NATURALIZADO ☐ NO CIUDADANO	A	Firma X				
04				☐ CIUDADANO O NATURALIZADO ☐ NO CIUDADANO	A	Firma X				
05				☐ CIUDADANO O NATURALIZADO ☐ NO CIUDADANO	A	Firma X				
06				☐ CIUDADANO O NATURALIZADO ☐ NO CIUDADANO	A	Firma X				
07				☐ CIUDADANO O NATURALIZADO ☐ NO CIUDADANO	A	Firma X				
08				☐ CIUDADANO O NATURALIZADO ☐ NO CIUDADANO	A	Firma X				

Al marcar una de las casillas anteriores y firmar el formulario de certificación en la Sección 10, por la presente certifico, so pena de perjurio, que yo y la(s) persona(s) en cuyo nombre firmo, soy/somos ciudadano(s) de Estados Unidos, indígenas norteamericanos o nacionales de Estados Unidos, o no ciudadanos con situación migratoria satisfactoria. Comprendo que, al firmar la certificación anterior, la información relativa a miembros del grupo familiar que solicitan asistencia puede someterse ante los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos con el propósito de verificar la situación de los no ciudadanos, si es pertinente. El uso o la divulgación de los datos anteriores se limita a las personas y organizaciones que tengan una conexión directa con la verificación de la ciudadanía y con la administración o aplicación de las disposiciones de los programas de Asistencia Pública, Asistencia Nutricional Suplementaria y Medicaid.

*Si la persona que quiere firmar el formulario de recertificación no puede escribir, puede hacer una “X” en la línea en presencia de un testigo. El testigo debe firmar a continuación.

He atestiguado las marcas escritas en las líneas: _____ Firma del testigo: _____ Fecha de firma: _____

SECCIÓN 11 – INFORMACIÓN SOBRE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE EJECUCIÓN DE SUSTENTO DE MENORES

Si presenta una recertificación de Medicaid, además de Asistencia Pública o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, se le podrá solicitar que nos ayude a obtener soporte médico para usted y para sus hijos que soliciten la recertificación. Responda las siguientes preguntas para poder determinar si necesita llenar esta sección. Inclúyase usted mismo(a), si es pertinente:

1. ¿Realiza una recertificación para una persona menor de 21 años de edad que nació fuera del matrimonio o para quien la filiación legal no ha sido establecida? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Realiza una recertificación para una persona menor de 21 años de edad que tiene un padre/madre ausente (sin custodia)?
☐ Sí ☐ No

No necesita llenar esta sección si respondió “No” a las dos preguntas. Vaya a la siguiente sección.

Debe llenar esta sección si respondió “SÍ” a una de las dos preguntas, o a ambas. Proporcione los nombres de todas las personas menores de 21 años de edad para las cuales realiza la recertificación, como también todos los datos que posea actualmente sobre los padres sin custodia, putativos (presuntos) o intencionados de esas personas.

3. ¿Usted tiene menos de 21 años? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí" a esta pregunta, proporcione la siguiente información de sus padres sin custodia, putativos o intencionados:

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER		
✓	Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	✓ Child Health Plus ✓ TASA
✓	Petition to Family Court	✓ SSI/SSA

NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE 21 AÑOS	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE SIN CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO	FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE SIN CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE SIN CUSTODIA, PUTATIVO O INTENCIONADO
		MES	DÍA	AÑO	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

SECCIÓN 12 – SITUACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS/DEPENDIENTES – Seleccione la situación tributaria de cada persona que vive en el hogar.									
			SITUACIÓN FISCAL						
PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	SOLTERO(A)	CASADO(A) DECLARACIÓN CONJUNTA	CASADO(A) DECLARACIÓN POR SEPARADO	CABEZA DEL HOGAR (CON PERSONA APTA)	VIUDO(A) APTO(A) CON HIJO(S) DEPENDIENTE(S)	DEPENDIENTE QUE DECLARARÁ IMPUESTOS	NO DECLARARÁ IMPUESTOS
Dependientes tributarios que no viven en el hogar. Incluya en la lista a todos los dependientes tributarios que no viven con usted y que usted o cualquier miembro de su grupo familiar incluya en su declaración de impuestos. Si no declara impuestos, puede omitir esta pregunta.									
NOMBRE DEL DEPENDIENTE TRIBUTARIO					NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE				
PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO			PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		
SECCIÓN 13 – INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE AUSENTE/FALLECIDO – Si el cónyuge de una de las personas que realizan la recertificación vive en otra parte o ha fallecido, indíquelo a continuación.									
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA RECERTIFICACIÓN		NOMBRE DEL CÓNYUGE		FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE	FECHA DE FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE, SI CORRESPONDE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE		
DIRECCIÓN DEL CÓNYUGE, SI CORRESPONDE				CIUDAD		CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
SECCIÓN 14 – INFORMACIÓN DE HIJOS AUSENTES – Si alguna de las personas que realizan la recertificación tiene un hijo menor de 21 años de edad que vive en otra parte, indíquelo a continuación.									
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA RECERTIFICACIÓN	NOMBRE DEL HIJO(A) AUSENTE	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DEL HIJO(A) (CALLE Y NÚMERO, CIUDAD, CONDADO, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	¿SE ESTABLECIÓ LA FILIACIÓN LEGAL?		¿PAGA USTED SUSTENTO DE MENORES?			
				Sí	No	Sí	No		
SECCIÓN 15 – INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES				TEEN PARENT			TEEN PARENT CHILDREN		
¿Hay algún padre o alguna madre menor de 18 años de edad (“padre/madre adolescente”) en el hogar? ☐ Sí ☐ No Nombre _____				N.º LN _____ Estado civil _____ ¿Diploma de escuela secundaria/equivalente de escuela secundaria? _____			LN NO. _____ LN NO. _____		
¿El hijo(a) del padre adolescente vive en el hogar? ☐ Sí ☐ No Nombre del hijo(a) del padre/madre adolescente _____				N.º LN _____ Estado civil _____ ¿Diploma de escuela secundaria/equivalente de escuela secundaria? _____					

SECCIÓN 16 – INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS										
Indique si usted o alguien vive con usted recibe dinero de:	SI	NO	QUIÉN	MONTO/VALOR Y FRECUENCIA	QUIÉN	MONTO/VALOR Y FRECUENCIA	INCOME			
Seguro por Desempleo	1						LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (total estatal y federal)	2									
Seguro Social por Discapacidad (SSD)	3									
Subsidio de Dependiente del Seguro Social	4									
Seguro Social de Sobreviviente	5									
Pensión por Jubilación del Seguro Social	6									
Retiro Ferroviario	7									
Pensión por Jubilación (pensiones)	8									
Dividendos/Intereses sobre acciones, bonos, ahorros, etc.	9									
Compensación laboral	10									
Subsidios por Discapacidad del Estado de Nueva York	11									
Pensiones de Veteranos/Subsidios/Ayuda y Atención	12									
Subsidio de Asistencia Pública	13									
Asignación de Dependiente GI	14									
Becas o préstamos educativos	15									
Contribuciones/Regalos (recibidos)	16									
Pagos por Mantenimiento de Cuidado de Crianza (recibidos)	17									
Pagos de Sustento de Menores (recibidos)							CONSIDER			
Recibidos de:	18						✓ Child Support Disregard/Pass-Through			
Manutención conyugal (recibida)	19						☐ Explained ☐ Budgeted			
Seguro privado por discapacidad – Ingreso de Póliza de Seguro de Salud/por Accidente	20						✓ SNAP Aged/Disabled Indicator			
Seguro de Responsabilidad sin Culpa	21						✓ Disability Review			
Prestaciones sindicales (incluidas las prestaciones por huelgas)	22						✓ Reception and Placement Grant (SNAP Only)			
Préstamos no educativos (recibidos)	23						✓ Refugee Matching Grant			
Ingresos de un fideicomiso (incluidos los ingresos que actualmente tiene derecho a recibir, o que tuvo derecho a recibir en el pasado, y que aún no han sido pagados)	24						✓ Change in Income from Last Budget			
Asignaciones/Estipendios para capacitación	25									
Ingresos por alquileres (recibidos)	26									
Ingresos de subarrendatarios/huéspedes (recibidos)	27									
Otros ingresos										
(Especifique)										

Si realiza una recertificación de Medicaid, llene la siguiente sección: Deducciones: Ciertos métodos presupuestarios de Medicaid permiten que los solicitantes/beneficiarios reduzcan sus ingresos contables con deducciones aplicables a impuestos federales. Estos son gastos específicos que el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) permite que se deduzcan para reducir el ingreso gravable. Solamente ingrese deducciones en esta sección si usted piensa declarar dichos gastos en la declaración de impuestos del año en curso.		SÍ	NO	QUIÉN	MONTO/VALOR Y FRECUENCIA	QUIÉN	MONTO/VALOR Y FRECUENCIA	
Gastos de educador		1						
Deducción por cuenta individual de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés)		2						
Deducción por intereses de préstamos estudiantiles		3						
Colegiaturas y cuotas		4						
Ciertos gastos de explotación (reservistas, artistas, funcionarios gubernamentales por honorarios)		5						
Deducción por cuenta de ahorros de salud		6						
Gastos por mudanza relacionada con el trabajo		7						
Parte deducible del impuesto por empleo independiente (S/E, por sus siglas en inglés)		8						
Planes S/E, SIMPLE y otros planes aptos		9						
Deducción por seguro de salud S/E		10						
Sanción por retiro anticipado de ahorros		11						
Pensión alimenticia pagada		12						
Deducción por actividades productivas domésticas		13						
Ajustes adicionales añadidos en la línea 36 (solo Formulario 1040 del IRS)		14						
Deducción MSA Archer		15						
Otros ajustes (Especifique)								

SECCIÓN 17 – INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO/MADRASTRA/PATROCINADOR DE INMIGRANTE CON SITUACIÓN MIGRATORIA SATISFACTORIA

Responda todas las preguntas a continuación.

¿El padrastro/madrastra de cualquiera de los menores que viven con usted tiene recursos o recibe ingresos de algún tipo?	SÍ	NO	¿QUIÉN?
¿Algún miembro de su grupo familiar es un no ciudadano con situación migratoria satisfactoria que fue patrocinado para su admisión en Estados Unidos?			

NOMBRE DEL PATROCINADOR:

NÚM. DE TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

SECCIÓN 18 – INFORMACIÓN LABORAL

Actualmente estoy: ☐ empleado ☐ autoempleado ☐ desempleado

Ingresos brutos \$ _____ Horas trabajadas al mes _____

(Incluir sueldos, salarios, pago por horas extras, comisiones y propinas)

Pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual Día de la semana que recibe el pago: _____

Nombre y dirección del empleador: _____ 1

_____ N.º de teléfono _____

Alguna de las personas que viven con usted actualmente está: ☐ empleado ☐ autoempleado

Quién: _____

Ingresos brutos \$ _____ Horas trabajadas al mes _____

Pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual Día de la semana que recibe el pago: _____ 2

Nombre y dirección del empleador: _____

_____ N.º de teléfono _____

¿Tiene disponible un seguro de salud por medio de su empleador? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien que vive con usted tiene seguro de salud por medio de un empleador? ☐ Sí ☐ No

Quién: _____ 3

Nombre de la compañía de seguros: _____

¿Usted o alguien que vive con usted tiene gastos por cuidado de un menor o dependiente debido a su empleo? ☐ Sí ☐ No

Quién: _____ 4

¿Usted o alguien que vive con usted tiene otros gastos relacionados con el empleo? ☐ Sí ☐ No

Quién: _____ 5

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	CAP		✓ Limited English Proficiency
	Disability		✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
	Employment		✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
	TPHI/COBRA		✓ Net Loss of Cash Income
	UIB		✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
	Workers' Compensation		✓ Employment Sanctions
	Drug/Alcohol		✓ Temporary Employment
	Domestic Violence		✓ Disability Review
	Refugee Cash Assistance		✓ Individual Development Account (IDA)
			✓ Voluntary Quit

Si no tiene empleo, ¿cuándo fue la última vez que trabajó usted o alguien que vive con usted?	
Quién: _____ Cuándo: _____	
Dónde: _____	6
¿Por qué dejó o dejaron de trabajar? _____	
¿Usted o alguien que vive con usted han solicitado seguro por desempleo? ☐ Sí ☐ No	
Si respondió que sí, ¿quién? _____ ¿Cuándo?: _____	
Situación de la solicitud: ☐ Aprobada ☐ Denegada ☐ Pendiente	
¿Usted o alguien que vive con usted está participando en una huelga? ☐ Sí ☐ No	7
Quién: _____	
Cuándo comenzó la huelga: _____	
¿Usted o alguien que vive con usted es migrante o trabajador agrícola por temporada? ☐ Sí ☐ No	8
Quién: _____	
¿Usted o algún otro adulto que vive con usted sufre de alguna afección médica que limite su capacidad para trabajar o el tipo de trabajo que puede realizar? ☐ Sí ☐ No	
Quién: _____	
Describa las limitaciones: _____	9

¿Podría aceptar un empleo hoy? ☐ Sí ☐ No	10
Si no, ¿por qué? _____	
¿Que tipo de trabajo le gustaría hacer? _____	11

[illegible]

SECCIÓN 19 – PREPARACIÓN ACADÉMICA/CAPACITACIÓN																						
¿Cuál es su máximo nivel académico? ___ Menor al diploma de preparatoria En ese caso, ¿último grado que terminó? ____ ___ Terminó un Plan Individualizado de Educación (IEP) ___ Diploma de preparatoria o diploma de Equivalencia General (General Equivalency Diploma, GED) o Prueba para Evaluar la Educación Secundaria (Test Assessing Secondary Completion, TASC™) ___ Título Asociado (2 años de universidad) ___ Título de Licenciatura (4 años de universidad) o superior 1	<table><thead><tr><th>REQUESTED</th><th>DOCUMENTATION</th><th>IN FILE</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>School Attendance Verification (LDSS-3708)</td><td></td></tr><tr><td></td><td>Educational Grant Worksheet</td><td></td></tr><tr><td></td><td>Child Care Statement</td><td></td></tr></tbody></table>	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE		School Attendance Verification (LDSS-3708)			Educational Grant Worksheet			Child Care Statement										
REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																				
	School Attendance Verification (LDSS-3708)																					
	Educational Grant Worksheet																					
	Child Care Statement																					
¿Alguien más en su hogar tiene un diploma de preparatoria, un diploma de Equivalencia General (GED) o una Prueba para Evaluar la Educación Secundaria (TASC™), o un nivel más alto de preparación académica? ___ Sí ___ No Si respondió Sí, quién: _____ Título obtenido: _____ Fecha en la que terminó: _____ 2	<table><thead><tr><th>NEEDED</th><th>REFERRALS</th><th>COMPLETED</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>Supportive Services</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED		Supportive Services																
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED																				
	Supportive Services																					
Indique si usted o alguien que vive con usted que está recertificando la solicitud de asistencia o recibéndola:																						
¿Participa o ha participado en algún programa de capacitación en los últimos 12 meses? Quién _____ Dónde _____ Programa _____ Fechas en las que asistió _____ Fechas de finalización _____ ___ Sí ___ No 3																						
¿Tiene 16 años de edad o más y asiste a la escuela o la universidad? Quién _____ Dónde _____ ___ Sí ___ No 4																						
¿Recibe una asignación para capacitación? ___ Sí ___ No Quién _____ Monto en \$ _____ 5																						
¿Recibe becas o préstamos educativos? ___ Sí ___ No Quién _____ Monto en \$ _____ 6																						
¿Tiene menos de 16 años de edad y asiste a la escuela? ___ Sí ___ No Quién _____ Escuela _____ Quién _____ Escuela _____ 7	<table><thead><tr><th>CONSIDER</th><th>YES</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Is anyone in training?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Are any other supportive services appropriate?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Are there any training related expenses?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></tbody></table>	CONSIDER	YES	NO	Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	☐	☐	Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐	Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	☐	☐	Is anyone in training?	☐	☐	Are any other supportive services appropriate?	☐	☐	Are there any training related expenses?	☐	☐
CONSIDER	YES	NO																				
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	☐	☐																				
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐																				
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	☐	☐																				
Is anyone in training?	☐	☐																				
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐																				
Are there any training related expenses?	☐	☐																				

SECCIÓN 20 – INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

Indique si usted o alguien que vive con usted y que está realizando la recertificación:	SÍ	NO	QUIÉN	SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO/VALOR	QUIÉN	SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO/VALOR
Dispone de dinero en efectivo 1				\$		\$
Tiene cuenta(s) corriente(s) 2						
Tiene cuenta(s) de ahorro o certificado(s) de depósito 3						
Tiene cuenta(s) con alguna cooperativa de crédito (unión) 4						
Tiene seguro de vida 5						
Tiene el título de propiedad o el registro de vehículo(s) automotor(es) u otro(s) vehículo(s): Año _____ Marca/Modelo _____ Año _____ Marca/Modelo _____ Otro _____ 6						
Tiene acciones, bonos, certificados o fondos mutuos 7						
Tiene bonos de ahorro 8						
Tiene una cuenta de IRA, Keogh, 401(k) o cuenta(s) de remuneración diferida 9						
Tiene un fondo fiduciario irrevocable para entierro 10						
Tiene un fondo para entierro 11						
Tiene un sitio para entierro 12						
Tiene casa propia 13						
Tiene bienes raíces, incluidas propiedades que producen y no producen ingresos 14						
Tiene derecho a un reembolso del impuesto sobre la renta 15						
Tiene una anualidad 16						
Es el beneficiario de un fondo fiduciario 17						
Espera recibir algún fondo fiduciario, indemnización por alguna demanda, herencia o ingresos de cualquier otra procedencia 18						
Tiene cuenta(s) en administración fiduciaria ("in trust") 19						
Tiene caja(s) de seguridad 20						
Tiene otros recursos además de los ya mencionados 21						
¿Alguien (incluido su cónyuge, incluso si no realiza la recertificación o no vive con usted) ha donado dinero en efectivo o ha vendido o transferido un inmueble, ingreso o propiedad personal en los últimos 36 meses? 22						
¿Alguien (incluido su cónyuge, incluso si no realiza la recertificación o no vive con usted) ha creado un fideicomiso en el pasado o transferido activos a una cuenta en fideicomiso durante los últimos 60 meses? Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ 23						

VEHICLE INFORMATION

YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*	NO		
				\$	\$				
				\$	\$				

*IF EXEMPT, WHY?

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE

FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER

- ✓ Children's Resources
- ✓ Lump Sum
- ✓ Boats, Campers, Snowmobiles
- ✓ Individual Development Account (IDA)
- ✓ Exempt Vehicles
- ✓ EIC
- ✓ Change in Resources from Last Budget

SECCIÓN 21 – INFORMACIÓN MÉDICA				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
Indique si usted o alguien que vive con usted y que está realizando la recertificación:	SÍ	NO	SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN?		Pregnancy Statement	
Tiene facturas médicas o gastos relacionados con atención médica	1				Med/Psych Statement	
Tiene Medicaid con reducción de gastos	2				Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
Tiene seguro de salud o seguro hospitalario/contra accidentes (incluso seguros por parte del empleador)	3			N.º DE PÓLIZA: MONTO: FRECUENCIA OF PAGO:	Drug/Alcohol Statement	
Tiene seguro de salud disponible por medio de un empleador	4			NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:	Paid or Unpaid Medical Bills	
Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul)	5			A QUIÉN CUBRE:	SSI Application Verification (PA ONLY)	
Tiene un asistente de salud/asistente de salud en el hogar	6			FECHA DE VALIDEZ:	CONSIDER	
Es ciego(a), o está enfermo(a) o incapacitado(a)	7			Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?	☒ AD/SSI Related ☒ SNAP Aged/Disabled Indicator ☒ SNAP Medical Deduction ☒ TPHI Reimbursement ☒ Buy-In Eligibility ☒ Kreiger (LDSS-3664) ☒ Domestic Violence ☒ SSI Referral ☒ Earned Income Credit ☒ Change in Resources	
Es un menor con una discapacidad del desarrollo	8				NEEDED	REFERRALS
Está en un hospital, geriátrico o en otra institución médica	9				SSI (D-CAP)	
Tiene facturas médicas, pagas e impagas, de los 3 meses anteriores al mes de esta recertificación	10				Disability Interview (LDSS-1151)	
Tiene o tuvo una dependencia de drogas o alcohol	11				Medical Report (LDSS-486, 486t)	
Necesita servicios de cuidado en el hogar o cuidado personal	12				Disability Report	
Recibe SSI o alguna vez ha solicitado SSI	13				AD	
Está embarazada Si está embarazada, fecha esperada de parto: _____ Número esperado de nacimientos: _____	14				TPHI	
Recibe tratamiento de un programa por abuso de drogas o alcohol	15				ACCES-VR	
No ha podido trabajar por lo menos en 12 meses debido a una discapacidad o enfermedad	16				CTHP	
Tiene actividad diaria limitada debido a una discapacidad o enfermedad que ha durado o durará un mínimo de 12 meses	17				Family Planning	
Ha sufrido un accidente automovilístico o laboral en los últimos dos años	18				SSA (RSDI)	
Alguna agencia gubernamental (programa público), distinto a Medicaid o Medicare, paga alguna de sus facturas médicas Si la respuesta es sí, ¿qué agencia? _____	19				Veteran's Benefits	
¿Acaso el facturar otro seguro de salud pone en peligro su salud o integridad física o emocional, o interferirá con la privacidad y confidencialidad de su solicitud o su recepción de Medicaid?	20				Veteran's Counseling	
					Child Health Plus	
					COBRA Eligibility	
					Nurse's Aide Service	
					Home Care	
					NYSOH	
					MA-Only (DOH-4220)	
					SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
					LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		
MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO			TPHI: ☐ YES ☐ NO				

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

La mayoría de las personas inscritas en Medicaid están obligadas a afiliarse a un plan de cuidado administrado, a menos que estén en una categoría exenta. Utilice esta sección para elegir un plan de salud. Si no sabe qué planes de salud están disponibles, pregúntele al empleado o marque el 1-800-505-5678.

Nombre del plan al que se está afiliando	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento mm/dd/aa	Sexo M/F/X	Núm. de identificación (de la tarjeta de Medicaid si la tiene)	Núm. de seguro social	Proveedor de atención primaria (PCP) o Centro de Salud (marque la casilla si es el proveedor actual)	Nombre y núm. de identificación del obstetra y ginecólogo (OB/GYN) (marque la casilla si es el proveedor actual)
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐

SECCIÓN 22 – ALOJAMIENTO

¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU ARRENDADOR?

¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DE SU ARRENDADOR?

¿CUÁL ES EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU ARRENDADOR?

()

	SÍ	NO	SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO
¿Usted o alguien que vive con usted tiene gastos de alquiler, hipoteca, u otros gastos relacionados con el alojamiento?			\$
¿Usted o alguien que vive con usted paga calefacción adicional a su alquiler u otros gastos relacionados con el alojamiento?			\$

SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board	
B. Rent	
C. Trailer Lot Rent	
D. Mortgage Payment	
1. Principal	
2. Interest	
3. Property Tax (including School Tax)	
4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6. Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)	
TOTAL (Lines A - E)	

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
CONSIDER		
☒ Utility and/or Fuel Restrict		
☒ Utility Guarantee		
☒ HEAP		
☒ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount		
☒ Foster Care-Related Additional Allowances		
☒ SNAP Household Composition Rules		
☒ SNAP Aged/Disabled Indicator		
☒ Real Property Tax Credit		
☒ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance		
☒ Property Lien		
☒ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household		

SECCIÓN 22 – ALOJAMIENTO (CONT.)			
¿Usted o alguien que vive con usted paga los siguientes gastos adicionales al alquiler u otros gastos relacionados con el alojamiento?	SÍ	NO	SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO
Electricidad (para usos distintos a la calefacción; por ejemplo: luz, cocina, agua caliente, etc.) 1			\$
Gas natural (para usos distintos a la calefacción; por ejemplo: cocina, agua caliente, etc.) 2			\$
Agua 3			\$
Aire acondicionado 4			\$
Propano (para usos distintos a la calefacción) 5			\$
Alcantarillado 6			\$
Basura 7			\$
Otros servicios y gastos 8 Especifique _____			\$
¿Vive en una vivienda pública? 9			*Check Primary Heat Type: ☐ Natural Gas ☐ Oil ☐ PSC Electric ☐ Coal ☐ Kerosene ☐ Propane ☐ Municipal Electric ☐ Wood ☐ Other _____
¿Vive en una vivienda de la Sección 8, de HUD o en alguna otra vivienda subsidiada? 10			
¿Vive en una institución para tratamiento por consumo de drogas o alcohol? 11			

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

INFORMACIÓN ADICIONAL			
SECCIÓN 23 – OTROS GASTOS			
Indique si usted o alguien que vive con usted y que está realizando la recertificación:	SÍ	NO	SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO
Paga sustento de menores 1			\$
Paga manutención conyugal 2			\$
Paga guardería 3			\$
Paga por cuidado de dependientes 4			\$
Paga colegiaturas, cuotas u otros gastos educativos 5			\$
Tiene gastos adicionales (por ejemplo: pagos de automóvil, pagos del seguro automotriz, pagos de tarjeta de crédito, pagos de otros préstamos, etc.) Especifique: _____ 6			\$
¿Usted o alguien que vive con usted y que está realizando la recertificación debe al menos cuatro meses de manutención para un hijo menor de 21 años? 7	☐ SÍ ☐ NO		

[illegible]

NOTES/COMMENTS

NOTIFICACIONES, CESIONES, AUTORIZACIONES y CONSENTIMIENTOS

RECOPIACIÓN Y USO DE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL – Se autoriza la recopilación del Número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del grupo familiar con relación al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), según los términos de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (y sus enmiendas). Cualquier persona que solicite beneficios de SNAP debe proporcionar un SSN para recibirlos. Si usted u otro solicitante no cuenta con un SSN, dicha persona debe solicitar un SSN en la Administración de Seguro Social (visite el sitio web www.SSA.gov o llame al 1-800-772-1213).

En lo referente a los demás programas para los cuales este formulario de recertificación requiere un SSN, la recopilación de SSN también es obligatoria y se autoriza según uno o más de los siguientes artículos de la ley: Sección 205(c) de la Ley de Seguridad Social (Parte 42, Código de EE. UU. 405), Sección 1137 de la Ley de Seguridad Social (Parte 42, Código de EE. UU. 1320b-7) y Sección 7(a)(2) de la Ley de Privacidad de 1974. Consulte el instructivo (PUB-1313 Statewide) o acuda al distrito de servicios sociales si tiene alguna pregunta.

La información que recopilamos se usará para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos o sigue cumpliendo con los requisitos necesarios para recibir asistencia o subsidios. Se utilizará esta información para comprobar su identidad, verificar los ingresos ganados y no ganados, determinar si los padres ausentes pueden recibir cobertura del seguro de salud para los solicitantes o beneficiarios, determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir asistencia para cónyuges o niños, así como para definir si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Verificaremos esta información a través de programas informáticos de cotejo. Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento de las reglamentaciones del programa y para la gestión del programa. Además de utilizar la información que nos proporcione de esta manera, el Estado utilizará la información para preparar estadísticas referentes a todas las personas que reciben subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP) (ver más adelante).

Esta información se podrá divulgar a otras agencias estatales y federales con el propósito de llevar a cabo un análisis oficial y a los cuerpos policíacos con el fin de capturar a prófugos de la justicia. La información recopilada en relación con los solicitantes y beneficiarios de la Asistencia para Familias y la Asistencia Red de Seguridad, lo que incluye los SSN, puede ser utilizada para la formación de listas de jurados. Si se presenta un reclamo de SNAP contra su hogar, la información sobre esta recertificación, incluidos todos los SSN, puede remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamos, para ejecutar el cobro de la reclamación.

Los SSN de los miembros del grupo familiar que no reúnan los requisitos también se utilizarán y divulgarán de la forma descrita anteriormente.

Además de usar la información que nos proporcione de la manera antes descrita, el Estado también utiliza la información para preparar estadísticas referentes a todas las personas que reciben subsidios de HEAP. La información es utilizada por el Estado para fines de control de calidad con motivo de cerciorarse de que los distritos de servicios sociales están haciendo el mejor trabajo posible. Se usa para verificar quién es su proveedor de energía y para realizar ciertos pagos a dichos proveedores.

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS – De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, esta institución que participa o administra programas del USDA tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o tomar represalias por participar en actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

El Estado de Nueva York prohíbe además la discriminación basada en la condición de transgénero, la disforia de género, el estado civil, la condición de militar, la condición de víctima de violencia doméstica, las condiciones relacionadas con el embarazo, las características genéticas predisponentes, los antecedentes de detención o condena, la condición familiar y las represalias por oponerse a prácticas discriminatorias ilegales.

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

Para presentar una queja contra el programa por discriminación, el Demandante debe llenar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o mediante una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del Demandante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. La carta AD-3027 o el formulario completado debe enviarse por alguno de estos medios: 1) correo: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 2) fax al (833) 256-1665 o al (202) 690-7442; o 3) correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Si desea más información sobre cómo resolver cuestiones relacionadas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), llame al número de teléfono de la línea de ayuda de SNAP/USDA, (800) 221-5689, donde le atenderán en español, o llame a los números de Información y Ayuda de los Estados, los cuales se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

CONSENTIMIENTO PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN – Acepto que se realicen investigaciones con motivo de verificar o confirmar la información que he proporcionado en relación con mi solicitud para recibir Asistencia Pública (PA), Medicaid, subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar, Servicios o de Asistencia de Cuidado de Niños. Si me solicitan información adicional, la proporcionaré. También cooperaré enteramente con el personal federal y estatal en toda revisión de control de calidad de PA o SNAP.

Si presento una recertificación para el programa SNAP, entiendo que el distrito de servicios sociales solicitará y utilizará la información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad para investigar mi recertificación, y puede verificar esta información mediante contactos colaterales si se encuentran discrepancias. También entiendo que esta información puede afectar mi elegibilidad para recibir SNAP o el nivel de subsidios SNAP que reciba.

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PERTINENTE AL SEGURO POR DESEMPLEO – Autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (DOL) a divulgar toda información confidencial que tenga referente al Seguro por Desempleo (UI) a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York (OTDA). Esta información incluye reclamos de beneficios del UI y registros salariales. Entiendo que la OTDA, junto con los empleados de las agencias estatales y locales que trabajan en las oficinas de distrito de servicios sociales, utilizarán la información de UI para establecer o verificar la elegibilidad y el monto de la Asistencia Pública, Medicaid, los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, los beneficios del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar o la Asistencia para el Cuidado de Niños, solicitados en esta solicitud/recertificación y para las investigaciones a fin de determinar si recibí los beneficios a los que no tenía derecho. La OTDA también podría compartir la información con la Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS) del estado de Nueva York y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH). La OCFS usará la información para supervisar el programa de Asistencia para el cuidado de niños.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A PROVEEDORES DE SERVICIOS – Otorgo mi permiso al distrito de servicios sociales y al estado de Nueva York para que compartan la información relacionada con los subsidios de Asistencia Pública y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria que hayamos recibido yo o cualquier miembro de mi grupo familiar por los que yo pueda otorgar legalmente la autorización para efectos de verificar mi elegibilidad para los servicios y pagos relacionados con la administración del programa que hayan sido proporcionados por un contratista estatal o local. Estos servicios pueden incluir, entre otros, los servicios de inserción laboral o capacitación proporcionados para ayudarme a mí o a los miembros de mi familia a obtener y conservar el empleo.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS EDUCATIVOS – Otorgo mi permiso al Departamento de Salud del Estado de Nueva York y al distrito de servicios sociales para obtener toda información relacionada con los registros educativos míos o de mis hijos menores para los siguientes propósitos: 1) verificar mi elegibilidad para los subsidios de Asistencia Pública, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o Medicaid; 2) realizar revisiones o investigaciones que resulten de información contradictoria proporcionada como parte del proceso de elegibilidad; 3) reclamar reembolsos de Medicaid por servicios educativos relacionados con la salud; y 4) proporcionar acceso a esta información a la agencia del gobierno federal correspondiente con el único propósito de realizar una auditoría.

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE RESIDENTES DE LA AUTORIDAD DE VIVIENDA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK – Si está solicitando asistencia en la ciudad de Nueva York, este consentimiento permitirá que la Autoridad de Vivienda de la Ciudad de Nueva York (NYCHA, por sus siglas en inglés) comparta información sobre usted con la Administración de Recursos Humanos/Departamento de Servicios Sociales (HRA, por sus siglas en inglés) de la ciudad de Nueva York para ayudarlo a usted y a su grupo familiar a solicitar asistencia del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o asistencia en efectivo de la HRA, que puede incluir el pago de atrasos en el alquiler.

Si firma esta solicitud a continuación, la NYCHA puede compartir con la HRA información relevante a su elegibilidad o nivel de subsidios SNAP o subsidios de asistencia en efectivo, incluidos su nombre, dirección, fecha de nacimiento e información sobre el pago del alquiler y servicios públicos (como el monto del alquiler mensual, el historial de pago del alquiler, el saldo del alquiler y las tarifas por electrodomésticos). Además, al firmar esta solicitud a continuación, declara que tiene la autoridad para dar su consentimiento en nombre de los niños menores que figuran en esta solicitud y autoriza a la NYCHA a compartir el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento de los menores con la HRA.

La HRA mantendrá la confidencialidad de toda información que la NYCHA comparta y solo podrá compartir la información con las agencias locales, estatales y federales que supervisan los programas de subsidios de asistencia en efectivo y SNAP de la HRA.

INFORMACIÓN DE CAMBIOS – Estoy de acuerdo en informar a la agencia **con prontitud** cualquier cambio en mis necesidades, residencia/dirección, condiciones de vida, tamaño del grupo familiar, ingresos, empleo, propiedades/recursos, gastos de atención a personas dependientes, seguro médico, condición de no ciudadano con situación migratoria/de ciudadanía satisfactoria, condición de adulto sin impedimentos sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés), estado de embarazo o condiciones de vida con base en conocimientos y evidencias.

Si estoy solicitando Asistencia de Cuidado de Niños, acepto informar a la agencia **de inmediato** sobre cualquier cambio en los ingresos de la familia, en quién vive en mi hogar, en el empleo y en los arreglos para el cuidado de menores, o de otros cambios que puedan afectar la continuidad de mi elegibilidad o el monto de mis subsidios.

SANCIONES – Las leyes federales y estatales prevén sanciones de multa, prisión o ambas si usted no dice la verdad cuando realiza una recertificación de Asistencia Pública, Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños (Asistencia, Beneficios o Servicios) o en cualquier momento cuando se le cuestione sobre su elegibilidad, o hace que otra persona no diga la verdad con respecto a su recertificación o la continuación de elegibilidad. También se aplican sanciones si usted oculta o no revela los hechos relativos a su derecho inicial y continuado a recibir Asistencia, Beneficios o Servicios, o si usted oculta o no revela los hechos que podrían afectar el derecho de alguien para quien usted haya presentado una recertificación a fin de obtener o continuar recibiendo Asistencia, Beneficios o Servicios. Si usted es un representante autorizado, dicha Asistencia, Beneficios o Servicios deben utilizarse para la otra persona y no para usted. Las leyes federales y estatales establecen que cualquier transferencia de activos por menos del valor justo de mercado realizada por un individuo o su cónyuge, dentro de los 60 meses anteriores al primer día del mes en el que el individuo esté recibiendo los servicios de un centro de enfermería y haya presentado una solicitud de Medicaid, puede hacer que el individuo no sea elegible para los servicios de un centro de enfermería o los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad durante un período. Es ilegal obtener Asistencia, Subsidios o Servicios ocultando información o proporcionando información falsa.

SANCIONES DE DESCALIFICACIÓN RELATIVAS AL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA – Toda la información que proporcione en relación con su solicitud de subsidios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) estará sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. De encontrarse información incorrecta, podría denegársele el subsidio SNAP. Usted podría estar sujeto a un proceso penal si proporciona intencionalmente información incorrecta que afecte su elegibilidad o el monto de sus subsidios. Cualquier persona condenada por un delito grave por deliberadamente usar, transferir, adquirir, alterar o poseer tarjetas de autorización de SNAP o dispositivos de acceso pueden ser multados con hasta \$250.000, encarcelados hasta por 20 años o ambos. La persona también puede estar sujeta a juicio bajo las leyes federales y estatales aplicables. Toda persona que esté violando una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra, y toda persona que esté prófuga con el fin de evitar un proceso penal, custodia o confinamiento por un delito grave y que sea buscada activamente por cuerpos policíacos, no es elegible para recibir subsidios SNAP.

Puede ser declarado no elegible para recibir SNAP, o puede determinarse que ha cometido una Violación Intencional del Programa (IPV, por sus siglas en inglés) si hace una afirmación falsa o engañosa, o si distorsiona, oculta o evita revelar hechos con el fin de calificar para recibir subsidios u obtener más subsidios; si compra un producto con subsidios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo descartando el producto y devolviendo el envase para cobrar el depósito; o si comete o intenta cometer un acto que constituya una violación de las leyes estatales o federales con el fin de utilizar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o comerciar con fondos de subsidios SNAP, con tarjetas de autorización o con documentos reutilizables que se utilicen como parte del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). Además, las siguientes acciones no están permitidas, y podría ser descalificado para recibir subsidios SNAP o estar sujeto a sanciones por acciones tales como:

- Utilizar fondos del subsidio SNAP para comprar artículos no alimenticios, como alcohol o cigarrillos;
- Utilizar fondos del subsidio SNAP para pagar alimentos que compró previamente a crédito;
- Permitir que alguien más utilice su tarjeta de EBT a cambio de efectivo, armas de fuego, municiones o explosivos, o drogas, o para comprar alimentos para individuos que no sean miembros de su grupo familiar de SNAP; o
- Utilizar o poseer tarjetas de EBT que no le pertenezcan, sin el consentimiento del titular de la tarjeta.

Las personas que sean declaradas culpables de cometer una IPV, ya sea por medio de una audiencia de descalificación administrativa o por un tribunal federal, estatal o local, o que hayan firmado una renuncia a su derecho a una audiencia de descalificación administrativa o un acuerdo de consentimiento de descalificación en los casos derivados para proceso penal, no serán elegibles para participar en SNAP por un período de:

- 12 meses para la *primera* IPV de SNAP;
 - 24 meses para la *segunda* IPV de SNAP;
 - 24 meses por la *primera* IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que la persona utilizó o recibió subsidios SNAP en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada (fármacos ilegales o ciertos fármacos para los que se requiere la receta de un médico); o
 - 120 meses si se determina que la persona hizo una declaración fraudulenta respecto a quién es o dónde vive, con el objeto de obtener múltiples subsidios SNAP simultáneamente, a menos que esté descalificado permanentemente por una tercera IPV de SNAP.
- Además, un tribunal puede impedir que una persona participe en SNAP durante un período adicional de 18 meses.

Una persona puede ser inhabilitada permanentemente de recibir subsidios SNAP por:

- La *primera* IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que la persona utilizó o recibió subsidios SNAP en una transacción que involucró la venta de armas de fuego, municiones o explosivos;
- La *primera* IPV de SNAP sobre la base de una condena judicial por el tráfico de subsidios SNAP por un monto total de \$500 o más (el tráfico incluye el uso, la transferencia, la adquisición, la alteración o la posesión ilegal de tarjetas de autorización o dispositivos de acceso de SNAP);
- La *segunda* IPV de SNAP sobre la base de una determinación por un tribunal de que la persona utilizó o recibió subsidios SNAP en una transacción que involucró la venta de una sustancia controlada (fármacos ilegales o ciertos fármacos para los que se requiere la receta de un médico); o
- Una *tercera* IPV de SNAP.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR/COMPROBAR LOS GASTOS DEL HOGAR – Su grupo familiar debe informar los gastos de cuidado de niños y servicios públicos con el fin de recibir una deducción por parte del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por dichos gastos. Su hogar debe informar y verificar los pagos de renta/hipoteca, los impuestos sobre la propiedad, los seguros, los gastos médicos y la manutención de menores que se pagan a un miembro que no pertenece al hogar para obtener una deducción del SNAP por estos gastos. No informar/verificar los gastos mencionados anteriormente será visto como una declaración de su hogar de que usted no quiere recibir una deducción por esos gastos no declarados/no verificados. Una deducción por estos gastos podría hacerlo elegible para recibir SNAP o podría incrementar sus subsidios SNAP. Puede informar/verificar estos gastos en cualquier momento en el futuro. En ese momento, la deducción se aplicaría al cálculo de los beneficios de SNAP en los próximos meses de acuerdo con las reglas para el cambio de informes y el procesamiento de cambios (Consultar la sección Información de cambios que se encuentra arriba).

REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA – Puede autorizar a una persona que conozca las circunstancias de su hogar para que presente una recertificación a fin de recibir los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) en su nombre. También puede autorizar a una persona que no pertenezca a su hogar para que solicite los subsidios SNAP por usted, o para que los utilice para comprar alimentos para usted. Si desea autorizar a alguien, debe hacerlo por escrito. Para autorizar a alguien, escriba a continuación con letra de molde el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona, quien debe firmar en la sección de firmas que se encuentra al final de esta recertificación. Cuando un representante autorizado solicita en nombre de una familia que recibe beneficios de SNAP y que no reside en una institución, tanto el representante autorizado como un miembro adulto responsable de la familia inscrita en SNAP deben firmar y fechar la sección de firmas en la parte final de esta recertificación, a menos que el hogar que recibe los beneficios de SNAP haya designado al representante autorizado por escrito para dicho fin.

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (EN LETRA DE MOLDE):

ASIGNACIÓN ESTÁNDAR PARA SERVICIOS PÚBLICOS – Entiendo que los beneficiarios de Asistencia Pública y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) reúnen categóricamente los requisitos de acuerdo a sus ingresos percibidos para el Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). También comprendo que, si no he recibido un beneficio de HEAP de más de \$20 en el mes actual o 12 meses anteriores, u otros beneficios similares de asistencia energética, debo pagar, de manera separada a la renta, cualquier gasto de calefacción, aire acondicionado o servicios públicos para recibir la asignación estándar (es decir, una deducción) para servicios públicos para calefacción/aire acondicionado para SNAP. Entiendo que el Estado usará mi número de seguro social para verificar con mis proveedores de energía doméstica si recibo beneficios del HEAP. Esta autorización también incluye el permiso para que cualquiera de mis proveedores de energía doméstica (incluida mi empresa de servicios públicos) publique cierta información estadística, incluyendo, entre otros, mi consumo anual de electricidad, el costo de electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York y al distrito de servicios sociales locales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos con el fin de medir el rendimiento del Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Ingresos.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA – Consiento a la divulgación de toda la información médica referente a mí, y a los miembros de mi familia por los que puedo otorgar consentimiento, por parte de mi proveedor de atención primaria, a cualquier otro proveedor de servicios de salud, o al Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH), a mi plan de salud y a cualquier proveedor de servicios de salud que participe en mi cuidado o en el de mi familia, hasta donde sea razonablemente necesario para que mi plan de salud o mis proveedores realicen operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud; por parte de mi plan de salud y cualquier proveedor de servicios de salud al DOH y a otras agencias federales, estatales y locales autorizadas, para efectos de administración de Medicaid; y por parte de mi plan de salud a otras personas u organizaciones, hasta donde sea razonablemente necesario para que mi plan de salud realice operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Autorizo la divulgación de toda la información de salud referente a mí, y a todos los miembros de mi familia para los que puedo otorgar autorización legal, en relación con la prestación de asistencia y servicios y a mi capacidad para participar en actividades laborales, incluyendo el empleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York (OTDA), a la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, o al distrito local de servicios públicos, hasta donde sea razonablemente necesario para la prestación de beneficios de Asistencia Pública; para servicios, incluyendo servicios de bienestar infantil; para determinar la asignación apropiada de trabajos; para determinar la necesidad de solicitar y para solicitar subsidios de Seguridad de Ingreso Suplementario; para establecer los planes apropiados de tratamiento destinados a restaurar la capacidad de trabajar; y para determinar la elegibilidad de poder recibir exenciones del límite estatal de sesenta meses para la recepción de asistencia en efectivo. Si estoy obligado a solicitar subsidios administrados por la Administración del Seguro Social, la información arriba especificada puede ser compartida con esa entidad. También acepto que la información divulgada puede incluir información sobre VIH, salud mental o abuso de alcohol y sustancias referente a mí y a los miembros de mi familia, hasta donde lo permita la ley, a menos que marque una de las opciones enumeradas abajo. Si más de un adulto de la familia se afilia a un plan de salud de Medicaid, es necesario que cada adulto que presente solicitud firme el consentimiento para divulgar su información. Entiendo que mi capacidad de consentir a la divulgación de la información relacionada con cualquier menor de edad para el que yo otorgue consentimiento tiene los mismos límites que los aplicables a la información que puedo obtener en su nombre sobre tratamientos, diagnósticos y procedimientos.

_____ No divulgar información sobre VIH/SIDA
_____ No divulgar información sobre salud mental

_____ No divulgar información sobre drogas y alcohol

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD – Autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir los datos con los proveedores de servicios de salud, según lo designe el distrito de servicios sociales o el Estado de Nueva York, relacionados con los subsidios de Asistencia Pública que yo o algún miembro de mi grupo familiar beneficiario a quien legalmente le pueda dar autorización haya recibido o sea elegible para recibir, con el propósito de mejorar la calidad de mi cuidado de la salud y bienestar general, y para facilitar el otorgamiento de subsidios adicionales, para los cuales yo u otros miembros de mi grupo familiar podríamos ser elegibles.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA – Si mi hijo(a) es evaluado para participar o participa en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, autorizo al distrito de servicios sociales y al Estado de Nueva York para compartir la información de elegibilidad para recibir Medicaid de mi hijo(a) con el Programa de Intervención Temprana de mi condado o municipio con el objeto de realizar la facturación a Medicaid.

PROGRAMA DE SALUD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES – Comprendo que si mi hijo(a) tiene Medicaid, puede obtener cuidado primario y preventivo completo, incluidos todos los tratamientos necesarios por medio del Programa de Salud de Niños y Adolescentes. Puedo obtener más información sobre este programa en el distrito de servicios sociales.

MEDICARE – Autorizo que los pagos bajo el programa de “Medicare” (Parte B del Título XVIII, Programa Suplementario de Seguro Médico) se hagan directamente a los médicos y a los proveedores de suministros médicos con relación a toda factura futura impaga por servicios médicos y por servicios de salud que se me suministren mientras soy elegible para recibir Medicaid.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS DE MEDICAID – Entiendo que tengo derecho, como parte de mi recertificación de Medicaid, o dentro del plazo de los dos años posteriores a la presentación de mi solicitud, de solicitar el reembolso de los gastos en los que incurri por atención médica, servicios y suministros médicos cubiertos que recibí durante los tres meses previos al mes en que presenté la solicitud. Entiendo que, una vez presentada la solicitud, solo se tramitarán los reembolsos de gastos por atención médica, servicios y suministros médicos cubiertos si fueron adquiridos con proveedores afiliados a Medicaid.

ASIGNACIÓN DE SEGURO/OTROS BENEFICIOS Y PAGO DIRECTO – En el caso de la Asistencia Pública y Medicaid, me comprometo a presentar todos los reclamos de beneficios del seguro de salud o de accidentes, así como a tramitar los reclamos por daños personales o cualquier otro recurso al que pueda tener derecho, y por la presente cedo dichos recursos al distrito de servicios sociales al que se presenta esta recertificación. Además, colaboraré en la puesta a disposición de los beneficios asignados al distrito de servicios sociales al que se dirige esta recertificación.

Autorizo a que los pagos que se me adeuden a mí o a un miembro de mi grupo familiar por seguros de salud o accidente, se remitan directamente al distrito de servicios sociales pertinente, como pagos correspondientes a los servicios médicos y demás servicios de salud suministrados mientras fuimos elegibles para recibir Medicaid.

RECUPERACIÓN DE MEDICAID – Al afiliarse a Medicaid, podría aplicarse un gravamen y solicitarse la recuperación de su patrimonio inmobiliario bajo ciertas circunstancias, si se encuentra internado en una institución médica y se pronostica que no regresará a su hogar. La asistencia médica que se pague en su nombre puede ser obtenida de las personas que hayan tenido la responsabilidad legal de su cuidado en el momento en que se recibieron los servicios médicos. MA también puede recuperar el costo de los servicios y las primas pagadas de manera incorrecta.

Entiendo que a partir del 1 de abril de 2014, si recibo Medicaid por medio de New York State of Health:

- No se aplicará ningún gravamen en mi patrimonio inmobiliario antes de mi muerte.
- La recuperación de los activos de mi patrimonio luego de mi muerte se limita al monto que Medicaid pagó por el costo del cuidado en un hogar de convalecencia, por servicios en el hogar y de base comunitaria, y por servicios relacionados con hospitales y medicamentos de prescripción recibidos a partir de cumplir los 55 años.

RECUPERACIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA – La Asistencia Pública (PA) que usted reciba y la que reciban las personas de las cuales usted es legalmente responsable de mantener, se puede recuperar por medio de los fondos que usted posea o que podría adquirir. Se podrán retener sus reembolsos tributarios y parte de las ganancias obtenidas en sorteos de lotería para pagar su deuda de PA.

AUTORIZACIÓN PARA REINTEGRAR LOS SUBSIDIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA CON PAGOS RETROACTIVOS DE SEGURIDAD DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS – Autorizo al comisionado de la Administración del Seguro Social (SSA) a utilizar mi primer pago de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (es decir, mi pago retroactivo de SSI) para reembolsar al distrito local de servicios sociales (SSD) por la Asistencia Pública (PA) que el SSD me pague con fondos estatales o locales mientras la SSA decide si soy elegible para recibir SSI. La SSA no reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que se hubiera pagado con fondos federales.

Esta autorización sólo me obligará si el Estado notifica a la SSA que yo y un representante del SSD la hemos firmado. El Estado debe avisar en un plazo de 30 días calendario después de revisar mi expediente del SSI y compararlo con el del Estado. La SSA no aceptará un aviso que se envíe después de este plazo. Y, en cambio, la SSA enviará mi pago de SSI retroactivo siguiendo las reglas de la SSA.

Solo se puede utilizar mi primer pago de SSI. Si el primer pago es mayor al monto que se adeuda al SSD, la SSA me enviará el monto restante de acuerdo con sus normas.

La SSA puede reembolsar al SSD en dos situaciones:

- (1) Reembolsará el SSD si solicito el SSI y la SSA determina que cumplo con los criterios de elegibilidad.
- (2) Reembolsará al SSD si mis subsidios de SSI son devueltos después de haber sido cancelados o suspendidos

La SSA solamente reembolsará al SSD por la Asistencia Pública que me haya pagado durante el tiempo que estuve esperando la determinación de elegibilidad de la SSA. A esto se le denomina “asistencia temporal”. El período comienza: 1) con el primer mes en el que yo reúna los requisitos para recibir el pago de los subsidios del SSI; o 2) el primer día en que se restaure mi SSI después de haber sido suspendido o cancelado. El período incluye el mes en el que comienzan los pagos del SSI. Si el SSD no puede detener mi último pago de Asistencia Pública, el período finaliza el mes siguiente.

A más tardar 10 días después de que la SSA reembolse al SSD, este debe enviarme una notificación del monto de asistencia temporal pagada. La notificación también me informará que la SSA me enviará una carta para informarme sobre cómo me enviará el dinero restante del SSI que se me adeuda, y sobre cómo puedo apelar la decisión ante el Estado si no estoy de acuerdo con ella.

De acuerdo con sus normas, la SSA puede utilizar la fecha en la que firmo esta autorización como la fecha en la que soy elegible para recibir el SSI por primera vez. Solo lo hará si solicito el SSI en los próximos 60 días.

Esta autorización aplica a toda solicitud o apelación de SSI que tenga pendiente actualmente ante la SSA. Esta autorización finaliza si mi caso de SSI se resuelve por completo. Termina cuando la SSA me paga por primera vez. El Estado y yo también podemos acordar la finalización de la autorización. Debo firmar una nueva autorización de acuerdo con las normas del Estado de Nueva York si vuelvo a solicitar el SSI después de que esta autorización termine, o si presento una nueva reclamación de SSI mientras aún tengo pendiente una solicitud o apelación de SSI.

Se me dará la oportunidad de tener una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con una decisión tomada por el SSD sobre el reembolso.

Recibí una copia del folleto titulado “Lo que debe saber sobre los programas de servicios sociales”. Entiendo lo que dice sobre la asistencia temporal.

MANUTENCIÓN – La solicitud o la recepción de Asistencia para Familias (FA), Asistencia Red de Seguridad (SNA) o Cuidado de Crianza según Título IV-E, constituye una cesión al Estado y al distrito de servicios sociales de todo derecho de manutención de cualquier otra persona que el solicitante o beneficiario pueda tener por derecho propio o en nombre de otro miembro de la familia para el que el solicitante o beneficiario esté solicitando o recibiendo asistencia (Ley de Servicios Sociales, Secciones 158 y 348). Esta asignación es limitada en determinadas situaciones. Otras secciones de esta recertificación incluyen asignaciones adicionales.

CESIÓN DE DERECHOS DE SUSTENTO – Entiendo que se me proporcionará el formulario LDSS-5145, “Derivación para servicios de sustento de menores”, para completar y devolver a la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores. Excepto en situaciones de violencia doméstica u otra buena causa, como condición para obtener asistencia, entiendo que debo cooperar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores para localizar a cualquier padre sin custodia, presunto o intencionado; establecer la filiación legal de cada individuo menor de 21 años nacido de padres no casados; y establecer, modificar o hacer cumplir órdenes de manutención. También entiendo que se me proporcionará el formulario LDSS-4279, “Aviso sobre deberes y derechos de sustento”, que explica mis responsabilidades y derechos si no coopero con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores.

Cedo al Estado y al distrito de servicios sociales todo derecho que yo tenga a recibir manutención de las personas legalmente responsables de mi manutención, y todo derecho que yo tenga de manutención en nombre de cualquier miembro de mi familia para el que estoy solicitando o recibiendo asistencia. Cuando solicite o reciba Asistencia para Familias o Asistencia Red de Seguridad, mi cesión de los derechos de manutención estará limitada a la manutención que se acumule durante el periodo en que yo o el miembro de mi familia hayamos recibido asistencia. Sin embargo, todos los derechos de manutención que cedí al Estado en nombre mío o de un miembro de mi familia antes del 1 de octubre de 2009, siguen asignados al Estado.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA EL HOGAR – Entiendo que al firmar esta solicitud/certificación, consiento a que se realice una investigación con el fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, así como otras investigaciones por parte de agencias gubernamentales autorizadas en relación con los subsidios del Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP). También doy mi consentimiento para permitir que la información provista en esta recertificación se use en derivaciones a los programas de asistencia para climatización disponibles y a los programas para personas de bajos ingresos de mi compañía de servicios públicos.

Entiendo que el Estado usará mi número de seguro social para verificar con mis proveedores de energía doméstica si recibo beneficios del HEAP. Esta autorización también incluye el permiso para que cualquiera de mis proveedores de energía doméstica (incluida mi empresa de servicios públicos) publique cierta información estadística, incluyendo, entre otros, mi consumo anual de electricidad, el costo de electricidad, el consumo de combustible, el tipo de combustible, el costo anual del combustible y el historial de pagos a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Discapacitados del Estado de Nueva York y al distrito de servicios sociales locales y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos con el fin de medir el rendimiento del Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Ingresos.

INFORMACIÓN SOBRE AGRESIÓN SEXUAL – Si usted es una víctima de agresión sexual, tiene derecho a solicitar información sobre derivaciones al distrito de servicios sociales. Si solicita información sobre derivaciones, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle las direcciones y los números de teléfono de todos los: 1) hospitales locales que ofrezcan servicios de examen forense de agresiones sexuales certificados por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York; 2) centros locales de crisis por violación; y 3) servicios locales de defensa, asesoramiento y líneas telefónicas directas apropiadas para las víctimas de agresiones sexuales. Además, el distrito de servicios sociales debe proporcionarle los números de la línea directa del Estado de Nueva York para casos de agresión sexual y violencia doméstica: (800) 942-6906 y (800) 818-0656 (TTY).

CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS – Si estoy solicitando Asistencia de Cuidado de Niños, certifico que los recursos de mi familia no exceden de \$1,000,000.

He leído y entiendo las notificaciones mencionadas arriba. Entiendo y acepto las cesiones, autorizaciones y los consentimientos mencionados arriba. Juro o afirmo so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito de servicios locales está completa y es exacta.			
FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA DE FIRMA	FIRMA DEL CÓNYUGE O REPRESENTANTE PROTECTOR	FECHA DE FIRMA
x		x	
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA DE FIRMA		
x			

SOLAMENTE LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI QUIERE CERRAR SU CASO EN UNO O MÁS PROGRAMAS.

SOLICITO QUE SE CIERRE MI CASO CORRESPONDIENTE A:

- ☐ Asistencia pública ☐ Beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria ☐ Asistencia médica

Entiendo que puedo volver a presentar mi solicitud en cualquier momento.

Indique el motivo: _____

Firma x _____

Fecha _____



Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de Nueva York

"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿quisiera presentar la solicitud para registrarse aquí hoy?"

☐ **SÍ** Si marcó **SÍ**, complete la **SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE** de abajo

☐ **NO**, porque opté por no registrarme **O**

☐ Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual **O**

☐ Solicité y recibí un formulario de registro por correo

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Escriba su nombre en letra de molde _____

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

¡Importante!

Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.

Si lo necesita, lo ayudaremos a completar el formulario de solicitud de registro como votante. Es su decisión pedir o aceptar ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683
으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তবে ১-৮০০-৩৬৭-৮৬৮৩
নম্বরে (ফোন করুন)

Rev. 05/04/2021

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

☐ Si, necesito solicitar una Boleta para votantes ausentes **Escriba en letra de molde o a máquina con tinta azul o negra** ☐ Si, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1		¿Es usted ciudadano de los EE. UU.?		A) ¿Tendrá 18 años el día de las elecciones o antes?		For Board Use Only	
		☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO			
		Si su respuesta es NO , no complete este formulario.					
3		Apellido		Primer nombre		Sufijo	
4		Dirección donde vive (no proporcione un apartado postal)		N.º de apto.		Ciudad/Pueblo/Aldea	
5		Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior)		P.O. Box, Star Route, etc.		Oficina de correos	
6		Fecha de nacimiento		Sexo (opcional)		Teléfono (opcional)	
		7		8		Correo electrónico (opcional)	
10		Año en que votó por última vez		Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad)		Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número)	
		En el condado/estado		Con el nombre (si es diferente de su nombre actual)		☐ Número del DMV del estado de Nueva York _____ ☐ Últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social _____ ☐ No tengo un número del DMV ni de Seguridad Social del estado de Nueva York	
11		Partido político		12		Declaración jurada: Juro o declaro que:	
		Deseo afiliarme a un partido político				- soy ciudadano de los Estados Unidos; - habré residido en el condado, en la ciudad o en la aldea durante, al menos, 30 días antes de las elecciones; - cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York; - la firma o la marca que aparece abajo es de mi puño y letra; - la información anterior es verdadera. Entiendo que, de no serlo, me pueden condenar y multar con hasta \$5,000 o encarcelar por hasta cuatro años.	
		☐ Partido Demócrata ☐ Partido Republicano ☐ Partido Conservador ☐ Partido de Familias Trabajadoras				Firma o marca en tinta _____ Fecha _____ / _____ / _____	
		No quiero afiliarme a ningún partido político y deseo ser un votante independiente					
		☐ Ningún partido					

(Opcional) Inscribese para donar sus órganos y tejidos

Apellido		Inicial del segundo nombre		Sufijo	
Primer nombre		Sexo ☐ M ☐ F		Firma	
Dirección		Estatura pies pulgadas		Fecha	
N.º de apto.		Número del DMV o de id. de NYC			
Ciudad/Pueblo/Aldea		Código postal			
Fecha de nacimiento		Número de ojos			
Color de ojos		Número de dientes			
Correo electrónico		Número de identificación			

Con su firma abajo, usted certifica que:

- tiene 16 años o más;
- otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a dar su nombre e información de identificación al Registro Donate Life™ del estado de Nueva York para que lo inscriban;
- autoriza al Registro a permitir el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a otros hospitales autorizados por el comisionado de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.



Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Calificaciones para el registro

Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre o dirección si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación;
- registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- no estar en prisión condenada por un delito grave;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar; y
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse o presentar su solicitud de registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Teléfono: 1-800-469-6872;

los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema de retransmisión del estado de Nueva York llamando al 711 o visitar nuestro sitio web: www.elections.ny.gov.

Su decisión de registrarse será confidencial y se utilizará exclusivamente para fines del registro de votantes. La decisión de toda persona de no registrarse para votar o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para los fines del registro de votantes.

Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número del DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor), o los últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número del DMV o de Seguridad Social, puede usar una identificación válida con foto, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancaria, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y dirección. Con este formulario, puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

Para completar este formulario:

Es delito proporcionar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección de Verificación de identidad más arriba.

Casilla 10: si nunca ha votado, escriba “Ninguna”. Si no recuerda cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación “(?)”. Si antes votó con un nombre diferente, escriba ese nombre. De lo contrario, escriba “El mismo”.

Casilla 11: marque únicamente una casilla. La inscripción en un partido político es opcional, pero, para votar en la elección primaria de un partido político, el votante debe afiliarse a ese partido político, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.