

Departamento de Servicios Sociales y de Rehabilitación de Kansas Solicitud de Beneficios para Personas Solteras, Ancianos y Personas con Discapacidades

Esta es su solicitud para los programas y servicios que ofrecemos. Responda a todas las preguntas lo mejor que pueda. Si el inglés no fuera su idioma preferido, se le brindará un intérprete sin costo para usted.

Sólo para uso de la agencia

Date Received: _____


Date Interviewed: _____


____ Initial ____ Review


Worker: _____

Case Number(s): _____

Este formulario nos brinda la información que necesitamos para determinar la elegibilidad de usted y su familia. A continuación presentamos una lista de los programas y servicios que puede solicitar mediante este formulario:

 **Asistencia médica:** Los programas de asistencia médica brindan cobertura médica para ancianos y personas con discapacidades. La asistencia médica también puede ayudar a pagar las facturas médicas, las visitas al consultorio médico y los medicamentos. Para solicitar asistencia médica, complete todas las secciones marcadas con el maletín médico.

 **Asistencia alimentaria:** La Asistencia alimentaria es un beneficio electrónico que puede utilizarse para comprar alimentos. Si necesita ayuda para comprar alimentos, complete todas las secciones marcadas con un carrito de compras. Puede ser elegible para recibir asistencia alimentaria en el término de 7 días.

 **Asistencia en efectivo:** La asistencia en efectivo ayuda a las personas con discapacidades que no reciben beneficios de la seguridad social (SSA, por sus siglas en inglés) ni Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI, por sus siglas en inglés). Para solicitar dinero en efectivo, complete todas las secciones marcadas con el signo dólar.

Para solicitar asistencia, siga estos pasos.

- Complete este formulario o visite el sitio Web www.srskansas.org para solicitar asistencia. Si necesita ayuda o tuviera alguna duda, llame al 1-888-369-4777.
- Lea las preguntas cuidadosamente y respóndalas honestamente. Si solicita asistencia a nombre de otra persona, responda las preguntas para esa persona.
- Asegúrese de firmar y fechar el formulario. Su solicitud no está completa hasta que no esté firmada.
- Si no pudiera completar la solicitud en este momento, coloque su nombre, dirección y firma en la página 1 y entréguenos el formulario. Necesitamos toda la información para determinar si puede obtener la ayuda que solicita.
- Devuelva este formulario tan pronto como sea posible. Si fuera elegible, algunos de los beneficios comienzan desde la fecha en que recibimos una solicitud firmada en nuestras oficinas.
- Envíe el formulario por correo, fax o personalmente a su oficina local del SRS. El procesamiento de su solicitud puede tomar de 30 a 45 días.
- Si fuera necesaria una entrevista, nos pondremos en contacto con usted.
- En la última página de este formulario incluimos una lista de los artículos que debe presentar. Desprenda esta página y manténgala como registro.

Otros servicios: El SRS también ofrece los servicios que aparecen listados a continuación. Si desea recibir más información o solicitar los servicios, marque el recuadro apropiado.

Cumplimiento de la manutención del niño – Para hacer cumplir las órdenes de manutención del niño y para ayudar a asegurarse que los niños tengan acceso a la ayuda financiera y a la atención médica.

Rehabilitación vocacional – Para ayudar a las personas con discapacidades a encontrar trabajo.

Devuelva este formulario a:

A. Ayúdenos a decidir si puede obtener asistencia alimentaria o médica más rápidamente



Si no cuenta con mucho dinero, podemos conseguirle asistencia alimentaria en el término de 7 días. Si estuviera embarazada, puede recibir una tarjeta médica en el término de 10 días. Complete esta sección para ayudarnos a decidir si puede recibir estos beneficios más rápidamente.

Sólo para uso de la agencia

Expedited FS?

No Yes

Expedited Medical?

No Yes

- ¿Algún miembro de su grupo familiar está embarazada?
 No Sí De ser así, coloque el nombre y la fecha aproximada del parto: _____
- ¿El ingreso bruto mensual de su grupo familiar será inferior a \$150?
 No Sí
- ¿Su grupo familiar tiene menos de \$100 en dinero en efectivo, cheques y ahorros?
 No Sí
- ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar es un trabajador rural migratorio o estacional?
 No Sí
- Ingrese el monto actual de su alquiler/hipoteca \$ _____
- Ingrese el monto actual de los servicios públicos mensuales +\$ _____
- Total de gastos habitacionales (sume las líneas 5 y 6)..... =\$ _____
- Ingrese el ingreso bruto esperado de su grupo familiar para este mes \$ _____
- Ingrese el total del dinero de su grupo familiar en efectivo, cheques y ahorros..... +\$ _____
- Total de ingresos y recursos estimados (sume las líneas 8 y 9)..... =\$ _____
- ¿Los gastos habitacionales de su grupo familiar (línea 7) superan los ingresos brutos esperados y recursos de su grupo familiar (línea 10)? No Sí

B. Cuéntenos acerca de usted y los miembros de su hogar



¿Para qué programas está solicitando? Marque todas las que apliquen.

-  Asistencia médica  Asistencia alimentaria  Asistencia de efectivo

Cuéntenos si necesita algunos de los siguientes programas médicos:

- Working Healthy Servicios comunitarios y en el hogar
 Instituciones de enfermería Ayuda con los costos médicos (QMB/LMB)

Complete la siguiente información y firme esta sección de la solicitud.

Nombre: _____ Firma: _____
 Nombre, inicial del segundo nombre, apellido

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Código Postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

¿Es usted: Soltero Casado (incluye el concubinato) Divorciado Separado Viudo

Si fuera viudo o divorciado, coloque el nombre de su anterior cónyuge: _____

B. Cuéntenos acerca de usted y los miembros de su hogar (continuación)



Los beneficios dependen de las personas que viven en su hogar y de la relación que une a éstas con usted. Primero cuéntenos acerca de usted. Luego cuéntenos más acerca de usted y de las personas de su grupo familiar en los siguientes recuadros y en la siguiente página. **Utilice las secciones de información adicional de la página 13 si su grupo familiar estuviera compuesto por más de 3 personas.**

Nombre, Inicial del segundo nombre Apellido	Relación que lo une a usted	¿Solicita a nombre de esta persona?	Sexo Masculino/femenino	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Raza/grupo étnico (opcional) Utilice los códigos que aparecen abajo Raza/ Etnia	Ciudad y estado de nacimiento/estado de ciudadanía (Liste el lugar de nacimiento y marque un casillero).
	Yo mismo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Ciudad y estado de nacimiento _____ _____ <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Ciudad y estado de nacimiento _____ _____ <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Ciudad y estado de nacimiento _____ _____ <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> No ciudadano

Códigos de raza/etnia: Los siguientes códigos se utilizan únicamente con fines de información federal, y no afectarán sus beneficios.

Raza (seleccione todas las que apliquen): A = Nativo americano o de Alaska B = Negro/afroamericano S = Asiático
P = Nativo de Hawai/habitante de las islas del Pacífico W = Blanco

Etnia (seleccione una únicamente): H = Hispano o Latino N = No hispano o Latino

- ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación habitacional actual?
 En su hogar Alquila Vive con otra persona Vivienda asistida Hospital. Fecha de admisión: _____
 Institución de enfermería u otro tipo de institución. Fecha de admisión: _____ Otra situación habitacional: _____
- Nombre de la institución de enfermería, hospital u otra institución: _____
- ¿Ha permanecido en un hospital o institución de enfermería durante más de 30 días seguidos?
 No Sí De ser así, ¿Cuándo? (desde mes/día/año hasta mes/día/año): _____
- ¿Es usted veterano?
 No Sí De ser así, ingrese su número de reclamación de veterano: _____
- ¿Alguna vez ha estado casada con un veterano?
 No Sí De ser así, ingrese el nombre de su cónyuge veterano: _____
- ¿Alguna de estas personas recibe o ha recibido asistencia médica, alimentaria o de efectivo, o productos tribales en este estado o en otro? No Sí De ser así, complete lo siguiente:
¿Qué beneficios? _____ Estado: _____ Mes/año: _____
- ¿Alguno de los miembros de su familia está fuera del hogar?
 No Sí De ser así, liste el nombre: _____
¿Por qué razones se encuentra fuera del hogar? _____
Fecha en que se espera que regrese: _____

B. Cuéntenos acerca de usted y los miembros de su hogar (continuación)



7. ¿Alguno de los miembros de su familia está afiliado a una tribu de nativos americanos? No Sí De ser así ¿a qué tribu? _____ ¿Su grupo familiar vive en una reserva? No Sí

Si únicamente desea solicitar asistencia médica, saltee las preguntas 8 a 10 y vaya hasta la sección C.

Las siguientes preguntas son obligatorias de acuerdo con las leyes federales y estatales para los fines de los programas de asistencia alimentaria y de efectivo únicamente. Si contesta afirmativamente a alguna de las siguientes preguntas, asegúrese de listar el nombre de la persona involucrada.

8. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar ha sido acusado de un delito relacionado con drogas luego del 22 de agosto de 1996? No Sí De ser así, liste el(los) nombre(s): _____
9. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar está escapando de la acusación de un delito o de la cárcel? No Sí De ser así, liste el(los) nombre(s): _____
10. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar está violando su período de prueba o libertad condicional? No Sí De ser así, liste el(los) nombre(s): _____

C. ¿Cómo desea que nos comuniquemos con usted?



Brindamos servicios de interpretación y traducción. Complete esta sección para ayudarnos a satisfacer sus necesidades.

¿Alguna persona de su grupo familiar prefiere hablar o leer en un idioma que no sea inglés? No Sí

De ser así, escriba a continuación los nombres de los idiomas de escritura o lectura preferidos. También incluya otras necesidades comunicativas como braille, transmisores, lenguaje de señas, TDD/TTY, letras grandes, programa de sintetizador de voz, etc.

Nombre	Idioma hablado	Idioma de escritura	Otras necesidades

D. Cuéntenos acerca de sus facturas médicas y seguro



Necesitamos obtener información acerca de sus facturas pendientes de pago y toda cobertura de salud que pudiera tener a fin de determinar correctamente su elegibilidad. Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene alguna facturas pendientes de pago de los últimos tres meses? No Sí De ser así, describa: _____
2. ¿Desea recibir ayuda para pagar sus facturas pendientes de pago (incluso las primas de Medicare) de los últimos tres meses? No Sí
3. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar tiene Medicare? No Sí De ser así, complete la siguiente información.
Consulte su tarjeta de Medicare:

Persona cubierta	Número de reclamación de Medicare	Tipo de cobertura, marque los recuadros	Fecha de entrada en vigencia	Monto de la prima	Nombre del plan
		Parte A <input type="checkbox"/>			
		Parte B <input type="checkbox"/>			
		Parte D <input type="checkbox"/>			
		Parte A <input type="checkbox"/>			
		Parte B <input type="checkbox"/>			
		Parte D <input type="checkbox"/>			
		Parte A <input type="checkbox"/>			
		Parte B <input type="checkbox"/>			
		Parte D <input type="checkbox"/>			

D. Cuéntenos acerca de sus facturas médicas y seguro de salud (continuación)



4. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar tiene cobertura de seguro de salud? No Sí De ser así, complete lo siguiente:
(Adjunte copias de sus tarjetas de seguro, de ambos lados de las mismas).

Persona cubierta	Nombre de la compañía de seguros	Tipo de cobertura (hospital, medicamentos, rayos X, otros)	Indique el monto mensual de la prima	Fecha de entrada en vigencia	Número de póliza/ reclamación

E. ¿Quién come con usted?



Los grupos familiares con asistencia alimentaria se basan en personas que viven juntas y compran y cocinan sus alimentos juntos.

¿Usted compra y cocina (o lo hará luego de la aprobación) alimentos por separado del resto de los miembros de su hogar?

- No Sí De ser así, liste sus nombres y la relación que los une. _____

F. Cuéntenos acerca los estudiantes en su hogar



Se aplican reglas especiales para los estudiantes. Complete esta información para ayudarnos a decidir si estas reglas se aplican a los miembros de su grupo familiar.

¿Alguno de los miembros de su grupo familiar estudia en la preparatoria, la universidad o en una escuela técnica vocacional?

- No Sí De ser así, complete lo siguiente:

Nombre del estudiante	Grado	Nombre de la escuela	Estudiante a tiempo parcial
			Estudiante a tiempo completo

Sólo para uso de la agencia

G. Cuéntenos si desea designar a alguien para que le ayude con su caso



Puede designar una persona para que le ayude a obtener sus beneficios. Esta persona puede ayudarle a completar la solicitud, responder a las preguntas en su nombre y utilizar la tarjeta Vision o médica por usted. Podremos compartir información con esta persona. Esta persona puede ser un familiar, un vecino, un amigo, un poder durable u otra persona en la que confíe.

1. Si desea que alguna persona le ayude, complete la siguiente información acerca de la misma:

Nombre: _____ Número telefónico: _____

Domicilio: _____ Dpto Nro. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

¿Qué relación lo une con esta persona (por ejemplo, es su hijo, un amigo, su abogado, etc.)? _____

Designo a la persona antes mencionada como mi representante para solicitar y administrar mis beneficios. Esta persona recibirá copias de toas las cartas enviadas acerca de mi caso y será responsable de completar los formularios de revisión y de informar los cambios:

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

2. Si fuera aprobado para recibir cupones de dinero en efectivo o alimentos, recibirá una tarjeta Vision para acceder a sus beneficios. ¿Desea que la persona que designo anteriormente tenga acceso a sus beneficios? No Sí De ser así ¿a qué beneficios? Dinero en efectivo Asistencia alimentaria De no ser así ¿desea seleccionar a otra persona para que le ayude a obtener sus beneficios de dinero en efectivo y asistencia alimentaria? No Sí De ser así, complete la siguiente información para esta persona. Esta persona será su representante autorizado. Podremos compartir información con esta persona y ésta podrá tener acceso a sus beneficios alimentarios y/o de efectivo.

Nombre: _____ Número telefónico: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

H. Cuéntenos si tiene una discapacidad



Necesitamos saber si alguno de los miembros de su grupo familiar tiene una discapacidad. Nota: La información personal de salud que se divulgue en el presente sólo será utilizada para determinar el estado de su discapacidad y no será compartida con otras personas. Complete lo siguiente:

1. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar tiene una discapacidad? No Sí

De ser así, quién: _____ **De no ser así, continúe hasta la sección I.** Nota: Si más de una persona tuviera una discapacidad, responda las preguntas para la segunda persona en la página 13.

2. ¿Recibe esta persona beneficios de discapacidad del Seguro Social? No **Complete las preguntas 3 a 6 a continuación.**
 Sí **Siga hasta la Sección I.**

3. Describa la discapacidad: _____

4. ¿Considera que la discapacidad se prolongará durante más de 12 meses? No Sí

5. ¿Considera que la discapacidad causará la muerte de esta persona? No Sí

6. ¿Esta persona ha solicitado alguna vez los beneficios de la Seguridad Social? No Sí De ser así, complete lo siguiente:

a. ¿Se le negó la solicitud? No Sí De ser así, ¿cuándo?: _____

b. ¿Se está apelando el rechazo? No Sí De ser así, ¿cuál es el estado?: _____

c. ¿La condición existente ha empeorado desde el rechazo del Seguro Social? No Sí De ser así, explique: _____

d. ¿Tiene una nueva discapacidad o enfermedad que el Seguro Social no haya evaluado? No Sí De ser así, describa brevemente la discapacidad: _____

e. ¿Recibe ayuda de parte de un abogado o alguna otra persona para la solicitud de los beneficios de discapacidad del Seguro Social? No Sí De ser así, incluye al nombre de la persona y organización: _____

Número telefónico: _____

I. Cuéntenos acerca de sus recursos



Necesitamos conocer acerca de sus recursos para decidir si puede obtener los beneficios. Si lo necesita, utilice la página 13 para listar más información.

1. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar posee o tiene a su nombre algún recurso? No Sí
De ser así, complete lo siguiente: Marque sí o no para cada uno de los siguientes artículos.

Tipo de recurso		Recurso a nombre de	Monto o valor	¿Dónde se mantiene el recurso? (Nombre del banco, cooperativa o compañía de crédito)	Número de cuenta
Dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Cuenta de ahorro/ certificado de depósito	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
IRA (cuenta de retiro individual)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Instituciones de enfermería cuentas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Acciones y bonos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Planes de sepelio o entierro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Sepulturas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Otro: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Otro: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
¿Tiene un vehículo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Propietario: _____				
¿Registrado en Kansas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Año: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Propietario: _____				

2. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar tiene seguro de vida? No Sí De ser así, complete lo siguiente: (Incluya copias de todas las pólizas).

Propietarios de la póliza	Compañía de seguros	Número de la póliza	Valor nominal	Valor en efectivo

I. Cuéntenos acerca de sus recursos (continuación)



3. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar posee una casa? No Sí De ser así, complete lo siguiente:
Propietario(s): _____ Ubicación: _____
Fecha de compra: _____ Valor: _____ Monto adeudado: _____
¿Quién habita esta casa? _____
Si el propietario no viviera en la misma, explique las razones de esto: _____
Si el propietario no vive en la misma ¿tiene pensado volver a la casa? No Sí
4. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar posee otro terreno (incluso edificios, lotes, tierras de cultivo, segundas residencias)? No Sí De ser así, complete lo siguiente:
Describa la propiedad: _____
Ubicación: _____
Propietario(s): _____ Valor: _____ Monto adeudado: _____
5. ¿Alguna de las personas de su grupo familiar posee un interés vitalicio en alguna propiedad? No Sí
De ser así, complete lo siguiente:
Describa la propiedad: _____
Ubicación: _____ Propietario(s): _____
Liste la fecha en que se creó el interés vitalicio: _____ Valor de la propiedad: _____
6. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar tiene un fideicomiso? No Sí De ser así, describa a continuación el tipo, el propietario, el fin y el monto:

7. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar posee una anualidad u otra inversión similar, incluso las que se emiten como parte de un paquete de retiro? No Sí De ser así, complete lo siguiente:
Propietario(s): _____ Valor: _____
Compañía: _____
- Nota:** Para la asistencia a largo plazo, el estado de Kansas debe ser nombrado como beneficiario de toda anualidad que poseyera, la cual hubiera sido comprada en o luego del 8 de febrero de 2006. Se le brindará más información acerca de este proceso. Al firmar la solicitud, accede a hacer esta asignación.
8. ¿Alguien le adeuda dinero a través de un pagaré u otro tipo de préstamo? No Sí De ser así, explique:

9. ¿Algún otro miembro de su grupo familiar posee otros bienes (como un vehículo recreativo, trailer, bote, ganado, derechos petroleros, maquinarias, etc.)? No Sí
De ser así, complete lo siguiente: Si lo necesita, utilice la página 13 para listar más información.
- a. Describa el bien: _____
Propietario(s): _____ Valor: _____
- b. Describa el bien: _____
Propietario(s): _____ Valor: _____
10. ¿Ha solicitado usted o su cónyuge un préstamos contra la propiedad en los últimos cinco años, incluso una segunda hipoteca? No Sí
11. ¿Usted o su cónyuge ha renunciado a su derecho a una herencia o derecho testamentario? No Sí
12. ¿Han usted o su cónyuge trabajado alguna vez con un abogado para fines de Planificación Estatal? No Sí
Si la respuesta es si, complete lo siguiente: Nombre del Abogado: _____ Fecha: _____

I. Cuéntenos acerca de sus recursos (continuación)



13. ¿Usted o su cónyuge ha modificado la propiedad, vendido o entregado algún bien en los últimos cinco años (por ejemplo dinero en efectivo, certificados de depósito, acciones, propiedades, terrenos u otros tipos de bienes)?

No Sí De ser así, complete lo siguiente:

Fecha de cambio de propiedad	Tipo de bien	Valor	Entregado/vendido a	Fin

J. Cuéntenos acerca de los ingresos ganados



Debemos conocer los ingresos que recibe de sus trabajos, actividades independientes, contratos de trabajo, etc. ¿Alguno de los miembros de su grupo familiar es independiente o tiene algún trabajo? No Sí De ser así, complete la siguiente información para todos los trabajos. El trabajo independiente incluye las ganancias de toda clase de ocupaciones, cuidado de niños, tareas de jardinería, retiro de nieve, venta de cosméticos, etc. Si desea listar más información, utilice la página 13.

Nombre	Nombre, número telefónico y dirección del empleador (si fuera empleado independiente, ingrese el tipo de negocio)	Salario o sueldo por hora	Propinas o comisión	Cantidad de horas trabajadas por semana	¿Con qué frecuencia recibe su pago?	Días de la semana pagados

¿Tiene gastos especiales relacionados con su discapacidad que le ayuden a trabajar? (Algunos ejemplos pueden ser perros de servicio, cuidado de acompañante, transporte especializado para el trabajo, etc.). No Sí De ser así, complete lo siguiente:

Tipo de gasto	Monto del gasto	Frecuencia de pago:

¿Alguno de los miembros de su grupo familiar ha renunciado o sido despedido de un trabajo en los últimos 60 días? No Sí De ser así, complete lo siguiente:

Nombre: _____ Empleador: _____

Último día de trabajo: _____ Razón: _____

K. Cuéntenos acerca de sus otros ingresos



También necesitamos saber acerca de todos los demás ingresos en su grupo familiar para decidir si puede recibir los beneficios.

Complete el siguiente cuadro. Marque sí o no para cada uno de los siguientes artículos. Si lo necesita, utilice la página 13 para listar más información.

Tipo/fuente de ingreso		Nombre de la persona que recibe el pago	Monto recibido (antes de las deducciones)	Frecuencia de recepción	Número de reclamación
Beneficios de seguridad social	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	1.			
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	2.			
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	3.			
Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	1.			
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	2.			
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Retiro ferroviario	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Pagos de fideicomiso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Pagos de anualidades	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Otros pagos de retiro o pensiones. Fuente: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Compensación/desempleo de empleados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Regalías petroleras/derechos minerales/pagos tribales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Venta por contrato/ingreso de rentas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Otros ingresos Fuente 1: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Fuente 2: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				

¿Algún otro miembro de su grupo familiar ha solicitado otros ingresos o beneficios? No Sí

De ser así, liste el nombre de la persona y el tipo de ingreso o beneficio. _____

Sólo para uso de la agencia

L. Cuéntenos acerca de los gastos de su grupo familiar



Para ayudarnos a decidir el monto correcto de los beneficios de asistencia alimentaria, cuéntenos acerca de sus gastos habitacionales y de otro tipo.

Tipo de gasto	Monto	¿Quién lo paga?
¿Su hogar es alquilado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si alquila, liste el nombre del casero, el domicilio y el número telefónico: _____ _____		
¿Es propietario o está en proceso de compra de su hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Cuál es el monto de su alquiler o el pago de su casa mensual?.....	\$	
Si alquila ¿se trata de una vivienda subvencionada, sección 8, una vivienda del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) u otra? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
De ser así, cuéntenos el monto que debe pagar obligatoriamente cada mes	\$	
¿Paga impuestos sobre la propiedad que no estén incluidos dentro del pago de su casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
¿Paga seguro del propietario que no esté incluido dentro del pago de su casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
¿Paga por el cuidado de niños o dependientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	
¿Paga manutención de niños? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Liste el monto pagado y el número de orden judicial de cada niño: _____	\$	
Si es mayor de 60 años, o discapacitado ¿paga gastos médicos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Incluya el seguro de salud y las primas de Medicare. Utilice la página 13 para listar más información.	\$	
¿Tiene usted gastos de servicios públicos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Tiene gastos de calefacción o refrigeración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Si responde no, marque los servicios públicos que paga:		
<input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Sistemas drenaje <input type="checkbox"/> Residuos <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Electricidad/gas para cocina e iluminación <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno		
¿Ha recibido beneficios de asistencia de energía para personas de bajos ingresos (LIEAP, por sus siglas en inglés)?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí De ser así, cuando: _____		
¿Alguien le ayuda a pagar los gastos antes mencionados? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí De ser así ¿con qué gastos le ayuda?		
_____ ¿Cuánto pagan? _____		

Sólo para uso de la agencia

Lea esta información antes de firmar en la página 12



Derechos, responsabilidades y multas

- He leído y comprendido los derechos y responsabilidades listadas en la página que se desprende al final de este formulario.
- Comprendo las preguntas de este formulario de solicitud.
- Comprendo las multas asociadas con el ocultamiento de información (las multas aparecen en la página que se desprende al final de este formulario).
- Comprendo las multas por brindar información falsa (las multas aparecen en la página que se desprende al final de este formulario).

Estado de ciudadanía

- La firma de este formulario implica mi aceptación de que todas las personas que viven en mi hogar y solicitan asistencia son ciudadanos de los Estados Unidos o tienen un estado inmigratorio legal. Comprendo que este requisito no se aplica a personas que solicitan asistencia médica de emergencia (Programa SOBRA).

Cambios que se debe reportar

- Accedo a reportar cambios como cambios en mi domicilio, en los ingresos y cambios en las personas que habitan en mi hogar.
- Comprendo que trabajador me enviará una notificación acerca de los cambios que debo reportar.
- Le informaré a mi trabajador acerca de todo cambio que pudiera afectar mi elegibilidad o el nivel de beneficios.

Verificaremos la información que nos brinda

- Comprendo que verificarán la información que brindo en este formulario de solicitud.
- Comprendo que puede contactarse con otras agencias federales, estatales, autoridades locales, empleadores, proveedores médicos, empresas, organizaciones financieras y proveedores de cuidado de niños para verificar la información.
- Comprendo que utilizarán la información que verifiquen y que ésta puede afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios.

Información acerca de los números de Seguro Social



- Comprendo que debo proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social para los miembros de mi grupo familiar que soliciten asistencia.
- Comprendo que el Departamento de Servicios Sociales y de Rehabilitación (SRS) y la Autoridad de Políticas de Salud de Kansas (KHPA) utilizan los números de seguro social para operar. Los números se utilizan para ubicar registros en computadoras de la Administración de Seguridad Social, bancos, el Servicio Interno de Impuestos y otras organizaciones y agencias.

Información acerca de los gastos de asistencia alimentaria



- Comprendo que debo reportar y verificar los gastos de mi grupo familiar o no recibiré una deducción de los mismos.

Información acerca de la cooperación



- Acepto que toda persona que solicita o recibe dinero en efectivo o asistencia médica y que dice tener una discapacidad debe cooperar para la determinación de la presunta discapacidad médica.
- Comprendo que puedo no recibir asistencia de efectivo si alguno de los miembros de mi grupo familiar no coopera.

Información sobre la cobertura de asistencia médica



- Comprendo que la Autoridad de Políticas de Salud de Kansas (KHPA) es responsable de administrar el programa de asistencia médica.

Recursos de terceros

- Comprendo que el Programa de Asistencia Médica de Kansas (Título XIX y título XXI) sólo pagará por los servicios no cubiertos por otros seguros o terceros.
- Soy responsable de utilizar y reportar todos los recursos de terceros para cada persona de mi hogar que reciba asistencia médica. Algunos ejemplos de recursos de terceros son cobertura de seguro de salud, un acuerdo judicial, pagos de ayuda médica, un fondo fiduciario o una curaduría. Estos recursos pueden ser responsables legalmente de pagar algunos de los gastos médicos de una persona.
- Comprendo que ustedes pueden no pagar por los servicios médicos si consideran que no se utilizó en primera instancia un recurso de terceros.
- Accedo a ayudarles a ir en pos de los recursos de terceros. La Unidad de Subrogación Médica busca que terceros paguen por los servicios médicos. Ayudaré a esta unidad a buscar recursos de parte de terceros.

Pagos y ayuda

- Si se nos aprobara para recibir asistencia médica, accedemos a dejar que los pagos por los servicios médicos vayan directamente a nuestros médicos y a otros proveedores de servicios médicos.
- Si se nos aprobara para recibir asistencia médica, entregaremos a la Autoridad de Políticas de Salud de Kansas (KHPA) todos los pagos médicos que recibamos.

Información sobre la cobertura de asistencia médica (continuación)



Cláusulas de recuperación del estado. Lo siguiente NO se aplica a los programas de ahorros Medicare.

- Si alguna persona recibe asistencia médica luego de los 54 años o mientras se encuentra hospitalizado, comprendo que el destinatario o cónyuge puede reclamar al estado los gastos médicos realizados en su nombre.
- Comprendo que le comunicaré a todas las instituciones financieras y otras compañías de inversión acerca de los reclamos pendientes contra el estado.

Derivaciones del Departamento de Salud

Autorizo a que a mi nombre, y a nombre de las personas de mi caso, se brinden nuestros nombres, domicilio, número telefónico y estado de elegibilidad a proveedores médicos y departamentos de salud locales de forma de que nos brinden información acerca de los servicios que brindan.

No Sí

Información acerca del Programa Telefónico Lifeline



- Para asistencia alimentaria solamente, estoy de acuerdo en que el SRS pueda proporcionar mi nombre, domicilio y número de teléfono a compañías telefónicas que participen en la auto inscripción en el Programa Lifeline. El Programa Lifeline proporciona servicio telefónico básico a una tarifa reducida.
- Comprendo que mi información es confidencial y será utilizada solamente para la inscripción en el Programa Lifeline.
- Comprendo que este programa no es obligatorio y que puedo declinar este servicio contactando a mi compañía telefónica local.

Permiso para Divulgar Información y Firma



Mi firma en esta solicitud autoriza a los empleados, proveedores de cuidado de niños, proveedores de servicios médicos, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar al Departamento de Servicios Sociales y de Rehabilitación (SRS) y a la Autoridad de Políticas de Salud de Kansas (KHPA) toda información, incluso la información confidencial y de salud, necesaria para establecer mi elegibilidad para los beneficios o para administrar cualquier programa para los que haya solicitado.

Autorizo al SRS y la KHPA a compartir mi información médica con fines administrativos con otras agencias y contratistas.

Comprendo que toda la información brindada en esta solicitud y toda la información suministrada al personal SRS o KHPA en mi nombre está protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales.

Esta divulgación de información es válida desde la fecha de la firma estampada a continuación y permanecerá válida hasta que sea revocada por escrito por el abajo firmante. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Certifico bajo penalidad de perjurio que mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender.

Su firma

Fecha

Firma de su cónyuge o de otro adulto de su hogar (No es obligatorio)

Fecha

Firma del primer testigo (si se utiliza "X")

Fecha

Firma del segundo testigo (si se utiliza "X")

Fecha

Firma del representante designado por el tribuna (si corresponde)

Fecha

Firma del representante médico (si corresponde)

Fecha



Esta sección no afectará la asistencia o los servicios que puede recibir de parte del SRS o el KHPA. Si no marcara ninguno de los casilleros, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

¿Le gustaría registrarse para votar hoy? No Sí Ya estoy registrado donde vivo actualmente.

El SRS y la KHPA le ayudarán con gusto con la solicitud de inscripción de votantes. Si tiene alguna otra pregunta o necesita reportar un problema, puede comunicarse con su oficial del condado, la oficina del Secretario de Estado, o puede llamar al 1-800-262-VOTE (8683).

Utilice este espacio para escribir información adicional.

Departamento de Servicios Sociales y de Rehabilitación de Kansas Solicitud de beneficios para ancianos y personas con discapacidades

Derechos y responsabilidades: lea esta página y despréndala para tenerla como registro

El tiempo de procesamiento de su aplicación es:

- Dentro de los 30 días en el caso de la asistencia alimentaria.
- Dentro de los 45 días para la asistencia médica y de efectivo.
- Dentro de los 90 días para las presuntas discapacidades médicas.

Si fuera elegible, los beneficios comenzarán desde la fecha en que se recibe su solicitud en la oficina del SRS.

Si califica, puede recibir asistencia alimentaria dentro de los 7 días calendario. Le notificaremos si califica para este procesamiento especial.

La siguiente información se aplica a todos los programas:



Sus responsabilidades:

Usted tiene la responsabilidad de:

- Brindar toda la información necesaria para determinar su elegibilidad,
- Informar los cambios según sea necesario. Le informaremos qué es lo que debe reportar (algunos ejemplos son la mudanza de alguna persona a su hogar, el cambio en los ingresos, la venta de una propiedad, la mudanza a una institución de enfermería, un nuevo domicilio, etc.).
- Utilizar y reportar al SRS acerca de todo recurso que pudiera ayudarle a pagar los gastos médicos de su familia (los ejemplos incluyen pólizas de seguros, dinero obtenido en litigios o pagos de asistencia médica) (asistencia médica y de efectivo únicamente).
- Cooperar con el personal de Control de calidad si su caso fuera revisado.

Sus derechos:

Usted tiene el derecho de:

- Que se le brinde un intérprete gratuitamente si el inglés no fuera su idioma preferido.
- Que la información brindada al SRS sea mantenida como confidencial, a menos que se relacione directamente con la administración de los programas del SRS.
- Retirar su solicitud en cualquier momento.
- Solicitar una audiencia justa dentro de los 30 días para la asistencia médica, de efectivo, o dentro de los 90 días para la asistencia alimentaria si no estuviera de acuerdo con la decisión.
- Que se determinen sus beneficios desde la fecha en que el SRS recibe la solicitud.
- Consideraciones y servicios confidenciales, si corria el riesgo de sufrir violencia doméstica o abuso sexual, y
- De acuerdo con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibida la discriminación sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. De acuerdo con la ley de Cupones de Comida y las políticas del USDA, también está prohibida la discriminación sobre la base de creencias religiosas o políticas.
- Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Escríbale al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escríbale al HHS, Director, Office of Civil Rights, a Sala 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). La USDA y la HHS son agencias proveedoras y empleadoras que proporcionan igualdad de oportunidades.

Derechos del SRS:

El SRS tiene el derecho de:

- Utilizar la información que aparece en esta solicitud, incluso el número de Seguro Social (SSN) de cada persona de su hogar para decidir si su grupo familiar puede recibir los beneficios. Verificaremos esta información a través de programas de ubicación de registros en computadoras. Esta información también se utilizará para asegurar que reciba la cantidad correcta de beneficios.
- Negar los beneficios para su grupo familiar si no brinda la información solicitada.
- Divulgar la información en su solicitud a otras agencias federales y estatales para evaluación oficial, y a los oficiales de policía con los fines de atrapar a personas que huyen de la ley. Sin embargo, ni usted ni los miembros de su grupo familiar podrán ser reportados a la Oficina de Inmigración y Servicios de Aduana (antiguamente conocido como INS).
- Enviar la información que aparece en esta solicitud a agencias federales y estatales, así como agencias de reclamos privadas, para la cobranza de reclamos si se detectaran sobrepagos para su grupo familiar.
- Llevar a cabo una investigación completa de su elegibilidad, incluso mediante el contacto de empleadores, bancos, médicos o mediante visitas a su hogar
- Negarle su solicitud o procesarlo por fraude si, conscientemente, nos brindara información falsa a fin de recibir asistencia, y
- Brindar información a la Autoridad de Políticas de Salud de Kansas para administrar la asistencia médica.

Multas

Debe tener en cuenta que:

Las personas pueden perder los beneficios por no cooperar con los siguientes programas de agencias:

- **Programas de trabajo de asistencia alimentaria:** buscar trabajo, prepararse para empleo y mantener un trabajo (si corresponde).

Todo miembro de su grupo familiar que violara intencionalmente las siguientes reglas puede no obtener asistencia alimentaria o de efectivo durante un año por la primera ofensa, dos años por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa. Si solicita asistencia alimentaria también puede recibir una multa de \$250.000 y encarcelación hasta 20 años, así como pueden ser excluidos del programa de asistencia alimentaria durante 18 años más si un tribunal lo ordenara, puede perder las deducciones, y puede ser procesado de acuerdo con otras leyes.

- No mienta u oculte información para recibir beneficios que su grupo familiar no debería recibir.
- No utilice los beneficios de la asistencia alimentaria para comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos, o para pagar cuentas de crédito.
- No utilice, ni tenga en su posesión, Tarjetas Vision que no le pertenezcan.
- No comercialice o intercambie la Tarjetas Vision, ni utilice la tarjeta de otra persona.
- Si compra, vende o intercambia más de \$500 en beneficios de asistencia alimentaria, puede ser excluido permanentemente del programa de asistencia alimentaria. Si un tribunal lo encontrara culpable de intercambiar beneficios de asistencia alimentaria por armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas, estará sujeto a:
 - Pérdida de beneficios durante dos años por la primera ofensa, y permanentemente por la segunda ofensa que implique la venta de sustancias controladas, y
 - Pérdida permanente de beneficios por la primera ofensa que implique el intercambio de armas de fuego, municiones o explosivos.

Si hiciera declaraciones falsas o engañosas acerca del lugar donde vive para duplicar los beneficios de asistencia alimentaria o de efectivo, puede quedar incapacitado para recibir beneficios de asistencia alimentaria o de efectivo durante 10 años. Asimismo, si realizara declaraciones falsas o engañosas acerca de su persona para obtener beneficios duplicados de asistencia alimentaria, puede quedar incapacitado para recibir beneficios de asistencia durante 10 años.

Entrevista



En el caso de la asistencia alimentaria o de efectivo, se requiere una entrevista como parte del proceso de solicitud. No es necesaria una entrevista en el caso de asistencia médica o de cuidado de niños, pero puede solicitar una.

- Se ha programado su entrevista para el: ----->
- La hora y fecha de su entrevista es: Fecha: _____ Hora: _____
- Comuníquese telefónicamente para hacer una cita para su entrevista: _____
- Otro: _____

Información necesaria para procesar su solicitud



Podemos solicitarle que presente algunos o todos los siguientes artículos. Esté preparado para brindar esta información.

- Prueba del lugar donde vive.
- Prueba de su edad e identidad.
- Prueba de ciudadanía de aquellas personas que deseen recibir beneficios.
- Prueba de estado de no ciudadanía de aquellas personas que deseen recibir beneficios.
- Recibos y facturas del cuidado de dependientes.
- Prueba de manutención de niños y/o alimentos pagados o recibidos.
- Prueba de ingresos (talones de pago, declaraciones de ganancias, contratos de alquiler/venta de propiedades, pagos gubernamentales, compensaciones para trabajadores, pensiones y otros).
- Si fuera un trabajador independiente, devoluciones de impuestos a las ganancias, registros contables, registros de ventas y gastos.
- Seguro de vida y planes de sepelio.
- Recibos de alquiler/pagos de casa (incluso el seguro y el impuesto sobre la propiedad).
- Pruebas de gastos médicos como medicamentos, facturas médicas y hospitalarias.
- Información de tarjetas de seguro y primas.
- Declaraciones bancarias de las cuentas de cheques, ahorros, o fondos mutuos, acciones y bonos.
- Pruebas de fideicomisos y anualidades.
- Otro: _____

Si tiene alguna duda, o necesita ayuda para completar la solicitud, llámenos sin cargo al 1-888-369-4777.