

Kansas Ministerium Der Sozialen Und Rehabilitierungsdienste Antrag auf Sozialleistungen für Ältere und Personen mit einer Behinderung

Dies ist Ihr Antragsformular für die Programme und Dienste, die wir anbieten. Beantworten Sie alle Fragen nach bestem Können. Falls Englisch nicht Ihre bevorzugte Sprache ist, wird Ihnen ein Dolmetscher kostenlos zur Verfügung gestellt.

Von der Agentur Auszufüllen

Date Received: _____
Date Interviewed: _____
_____ Initial _____ Review
Valid Thru: _____
Worker: _____
Case Number(s): _____

Dieses Formular stellt uns die notwendigen Informationen zur Verfügung, um Leistungsansprüche für Sie und Ihre Familie beurteilen zu können. Folgende Programme und Dienste können Sie mit diesem Formular beantragen:



Medizinische Beihilfe: Medizinische Hilfsprogramme bieten medizinische Leistungen für Ältere und Personen mit Behinderung. Mit der medizinischen Beihilfe können sie Versorgungsrechnungen, Arztbesuche und Medikamente bezahlen. Um Medizinische Beihilfe zu beantragen, füllen sie alle Abschnitte aus, in denen Sie den Arztkoffer sehen.



Lebensmittelunterstützung: Die Lebensmittelunterstützung ist ein elektronisches Zahlungsmittel, mit dem Sie Lebensmittel kaufen können. Wenn Sie Hilfe beim Einkaufen von Lebensmitteln benötigen, füllen sie alle Abschnitte aus, in denen Sie den Einkaufswagen sehen. Sie könnten bereits innerhalb von 7 Tagen Anspruch auf Lebensmittelunterstützung erhalten.



Bargeldleistungen: Bargeldleistungen helfen Personen mit Behinderungen, die keine Sozialhilfe oder zusätzliche Sozialhilfeleistungen erhalten. Um Bargeldleistungen zu beantragen, füllen sie alle Abschnitte aus, in denen Sie das Dollarzeichen sehen.

Befolgen Sie die folgenden Schritte um sich zu Bewerben.

- Um sich zu Bewerben, füllen Sie dieses Formular aus oder besuchen Sie unsere Webseite www.srskansas.org Wenn Sie Hilfe benötigen oder Fragen haben, rufen Sie uns unter 1-888-369-4777 an.
- Lesen Sie die Fragen sorgfältig und antworten Sie ehrlich. Wenn Sie den Antrag für jemand anderen ausfüllen, beantworten Sie bitte die Fragen für diese Person.
- Bitte fügen Sie dem Formular Ihre Unterschrift und das Datum hinzu. Ihr Antrag ist nicht vollständig, solange er nicht unterzeichnet wurde.
- Wenn Sie den Antrag nicht jetzt sofort ausfüllen können, geben Sie Ihren Namen, Ihre Adresse und ihrer Unterschrift auf S. 1 an, und schicken Sie das Formular zurück. Wir benötigen alle Informationen, um beurteilen zu können, ob Sie anspruchsberechtigt sind.
- Schicken Sie das Formular so schnell wie möglich zurück. Falls sie anspruchsberechtigt sind, beginnen einige Leistungen ab dem Zeitpunkt, an dem unser Büro den unterzeichneten Antrag erhält.
- Schicken Sie dieses Formular per Post oder Fax oder geben Sie es persönlich in Ihrem SRS-Büro ab. Es kann 30 bis 50 Tage dauern, bis ihr Antrag bearbeitet wird.
- Wenn ein Interview erforderlich ist, werden wir Sie kontaktieren.
- Eine Liste der Dinge, die wir von Ihnen benötigen könnten, befindet sich auf der letzten Seite des Formulars. Bitte reißen Sie die Seite ab und bewahren Sie diese für Ihre Unterlagen auf.

Weitere Dienste: SRS bietet zudem die unten aufgelisteten Dienste. Falls Sie weitere Informationen benötigen oder die Leistungen beantragen wollen, kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.

- Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen für Kinder**
– Um die Unterhaltsansprüche geltend zu machen und um sicherzustellen, dass Kinder finanzielle Unterstützung und Gesundheitsversorgung erhalten.
- Berufliche Wiedereingliederung** – Um Personen mit Behinderungen bei der Beschaffung eines Arbeitsplatzes zu helfen.

Schicken Sie dieses Formular an:

A. Helfen Sie uns dabei zu entscheiden, ob Sie Lebensmittelunterstützung oder Medizinische Beihilfe schneller erhalten können.



Wenn Sie wenig oder gar kein Geld haben, können wir Ihnen Lebensmittelunterstützung innerhalb von 7 Tagen ermöglichen. Wenn Sie schwanger sind, können wir Ihnen eine Krankenversicherungskarte innerhalb von 10 Tagen ermöglichen. Füllen Sie diesen Abschnitt aus, damit wir entscheiden können, ob Sie schneller Anspruch auf Leistungen haben.

- Ist jemand in Ihrem Haushalt schwanger?
 Nein Ja Wenn ja, geben Sie den Namen und das voraussichtliche _____

- Liegt das Bruttomonatseinkommen Ihres Haushalts unter 150 \$?
 Nein Ja
- Haben Sie in Ihrem Haushalt weniger als 100 \$ in Bargeld, Schecks und Ersparnissen?
 Nein Ja
- Ist jemand in Ihrem Haushalt ein Einwanderer oder ein Saisonarbeiter?
 Nein Ja
- Geben Sie Ihre derzeitigen Miet-/ Hypothekenkosten an \$ _____
- Geben Sie Ihre derzeitigen monatlichen Nebenkosten an +\$ _____
- Unterkunftskosten insgesamt (fügen sie die Zeilen 5 & 6 hinzu) =\$ _____
- Geben Sie das erwartete Bruttomonatseinkommen Ihres Haushalts an \$ _____
- Geben Sie das gesamte Geld in Ihrem Haushalt in Bar, Schecks & in Ersparnissen an..... +\$ _____
- Erwartetes Einkommen & Gesamteinkünfte (fügen sie die Zeilen 8 & 9 hinzu) =\$ _____
- Sind Ihre Unterkunftskosten (Zeile 7) höher als Ihr erwartetes Bruttoeinkommen und Ihre Einkünfte (Zeile 10)?
 Nein Ja

Von der Agentur Auszufüllen

Expedited FS?

No Yes




Expedited Medical?

No Yes

B. Erzählen Sie uns von sich und den Personen in Ihrem Haushalt



Welche(s) Programm(e) beantragen sie? Markieren Sie alle zutreffenden Programme.

-  Medizinische Beihilfe
  Lebensmittelunterstützung
  Bargeldleistungen

Sagen Sie uns, ob Sie eines der folgenden medizinischen Programme benötigen:

- Working Healthy (Gesundes Arbeiten)
 Home and Community Based Services (Häuslich und gemeinschaftlich basierende Dienste)
 Nursing Facility (Pflegeeinrichtung)
 Hilfe bei Medicare-Kosten

Geben Sie folgende Informationen an und unterzeichnen Sie diesen Abschnitt des Antrags.

Name: _____ **Unterschrift:** _____
Vorname, Anfangsbuchstabe zweiter Name, Nachname

Straße: _____ Stadt: _____ Postleitzahl: _____

Postadresse: _____ Stadt: _____ Postleitzahl: _____

Telefon Zuhause: _____ Arbeit: _____ Mobiltelefon: _____ E-mail: _____

Sind Sie: Allein stehend Verheiratet (einschließlich bürgerlicher Eheschließung) Geschieden Getrennt lebend Verwitwet

Falls verwitwet oder geschieden, geben Sie den/die Name(n) Ihres/Ihrer früheren Ehepartner(s): _____

B. Erzählen Sie uns von sich und den Personen in Ihrem Haushalt (Fortsetzung)



Die Leistungen hängen von den Personen in Ihrem Haushalt ab, und wie sie mit Ihnen in Beziehung stehen. Erzählen Sie uns zunächst über sich selbst. Dann erzählen Sie uns in den nachstehenden Abschnitten und auf der nächsten Seite mehr über sich selbst und über jede Person in Ihrem Haushalt. **Benutzen Sie die zusätzlichen Abschnitte auf Seite 13, wenn mehr als drei Personen in Ihrem Haushalt leben.**

Vorname: Zweiter Vorname Nachname:	Beziehung zu Ihnen	Beantragen Sie für diese Person?	Geschlecht M/W	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer	Abstammung/ Ethnizität (optional) Benutzen Sie die nachfolgenden Codes Abstammung/ Ethnizität	Geburtsort und -land/ Staatsangehörigkeit (Geben Sie den Geburtsort an und markieren Sie ein Kästchen.)
	Sie selbst	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W				Geburtsort und -land _____ <input type="checkbox"/> Staatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Ausländer
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W				Geburtsort und -land _____ <input type="checkbox"/> Staatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Ausländer
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W				Geburtsort und -land _____ <input type="checkbox"/> Staatsangehörige/r <input type="checkbox"/> Ausländer

Abstammungs-/ Ethnizitäts-Codes: Die folgenden Codes dienen zu bundesstaatlichen Meldezwecken und beeinträchtigen nicht Ihre Leistungen

Abstammung (wählen Sie alle zutreffenden aus):

A = Native American oder Alaska Native

B = Schwarz oder African-American

P = Einwohner/in der Pazifikinseln oder Native Hawaiian

S = Asiate/Asiatin

W = Weiße/r

Ethnizität (nur eine auswählen):

H = Hispanisch oder Latino

N = Nicht Hispanisch oder Latino

1. Welche der nachfolgenden Aussagen beschreibt Ihre gegenwärtige Lebenslage am besten?

- In einem eigenen Haus Zur Miete Mit jemand zusammen leben Betreutes Wohnen Krankenhaus – Aufnahmedatum: _____
 Pflegeeinrichtung oder eine andere Institution – Aufnahmedatum: _____ Andere Lebenssituation: _____

Name der Pflegeeinrichtung, des Krankenhauses oder einer anderen Institution _____

2. Waren Sie jemals länger als 30 aufeinander folgende Tage in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung.

- Nein Ja Falls ja, wann: (Monat/Tag/Jahr bis Monat/Tag/Jahr) _____

3. Sind Sie ein Veteran?

- Nein Ja Falls ja, geben Sie Ihre Anforderungsnummer für die Veteranenunterstützung an: _____

4. Waren Sie jemals mit einem Veteranen verheiratet?

- Nein Ja Wenn ja, geben Sie den Namen des Veterans an: _____

5. Hat jemand in Ihrem Haushalt Bargeld-, Lebensmittel-, Gesundheits- oder stammbezogene Güter in diesem oder einem anderen Staat erhalten? Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus:

Welche Leistungen: _____ Staat: _____ Monat/Jahr: _____

6. Leben Haushaltsmitglieder außerhalb des Haushalts?

- Nein Ja Wenn ja, geben Sie den/die Namen an: _____

Warum leben sie außerhalb des Haushalts? _____

Erwartetes Rückkehrdatum: _____

B. Erzählen Sie uns von sich und den Personen in Ihrem Haushalt (Fortsetzung)



7. Sind Bewohner Ihres Haushalts mit einem Indianerstamm verwandt? Nein Ja Wenn ja, welcher Stamm? _____
 Befindet sich Ihre Wohnung in einem Reservat? Nein Ja
- Falls Sie nur medizinische Beihilfe beantragen, überspringen Sie die Fragen 8-10 und fahren Sie in Abschnitt C fort. Die folgenden Fragen müssen gemäß bundesstaatlicher oder staatlicher Gesetze hinsichtlich Lebensmittel- und Bargeldbeihilfeprogramme beantwortet werden. Wenn sie eine der nachstehenden Fragen mit Ja beantworten, führen sie die Namen der miteinbezogenen Person(en) bitte ebenfalls auf.
8. Wurde jemand in Ihrem Haushalt wegen einer Straftat in Zusammenhang mit Drogen nach dem 22. August 1996 strafrechtlich verurteilt?
 Nein Ja Wenn ja, geben Sie den/die Namen an: _____
9. Ist jemand in Ihrem Haushalt auf der Flucht vor der Verurteilung für ein Verbrechen oder dem Gefängnis?
 Nein Ja Wenn ja, geben Sie den/die Namen an: _____
10. Verletzt jemand in Ihrem Haushalt eine Bewährungsaufgabe oder eine Strafunterbrechung?
 Nein Ja Wenn ja, geben Sie den/die Namen an: _____

C. Sagen Sie uns, wie wir mit Ihnen kommunizieren sollen



Wir bieten Dolmetscher- und Übersetzungsdienstleistungen an. Füllen Sie diesen Abschnitt aus, damit wir Ihren Wünschen nachkommen können. Bevorzugt jemand in Ihrem Haushalt nicht Englisch zu sprechen oder zu lesen? Nein Ja
 Wenn ja, geben Sie die bevorzugt gesprochene und/oder geschriebene Sprache nachstehend an. Geben Sie zusätzlich andere Kommunikationsformen, wie z.B. Braille, Relais, Zeichensprache, TDD/TTY, Große Buchstaben, Sprachcomputer usw. an.

Name	Gesprochene Sprache	Schriftsprache	Weitere Wünsche

D. Erzählen Sie uns über Ihre medizinische Rechnungen und Krankenversicherung



Wir müssen über Ihre medizinische Rechnungen und jede Krankenversicherung, die Sie besitzen bescheid wissen, um Ihre Berechtigung genau ermitteln zu können. Beantworten Sie folgende Fragen:

1. Haben Sie unbezahlte medizinische Rechnungen aus den letzten drei Monaten?
 Nein Ja Falls ja, führen Sie diese auf: _____
2. Wünschen Sie Hilfe mit den medizinische Rechnungen (inklusive der Medicare-Prämien) aus den letzten drei Monaten?
 Nein Ja
3. Erhält jemand in Ihrem Haushalt Medicare? Nein Ja Falls ja, vervollständigen Sie die nachstehenden Informationen. Beziehen Sie sich auf Ihre Medicare-Karte:

Versicherungsnehmer	Medicare Anspruch #	Art des Versicherungsschutzes, kreuzen Sie das/die Kästchen an.	Datum des Inkrafttretens	Prämienbetrag	Name des Tarifs
		Teil A <input type="checkbox"/>			
		Teil B <input type="checkbox"/>			
		Teil D <input type="checkbox"/>			
		Teil A <input type="checkbox"/>			
		Teil B <input type="checkbox"/>			
		Teil D <input type="checkbox"/>			
		Teil A <input type="checkbox"/>			
		Teil B <input type="checkbox"/>			
		Teil D <input type="checkbox"/>			

D. Erzählen Sie uns über Ihre medizinische Rechnungen und Krankenversicherung (Fortsetzung)



4. Besitzt jemand in Ihrem Haushalt eine Krankenversicherung? Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus: (Legen Sie Kopien Ihrer Versicherungskarten bei – Kopieren Sie beide Seiten)

Versicherungsnehmer	Name der Versicherung	Art des Versicherungsschutzes (stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Arzneimittel, andere)	Listen Sie Ihren monatlichen Prämienbetrag auf	Datum des Inkrafttretens	Policen- und Anforderungsnummer

E. Wer isst mit Ihnen Zusammen



Der Anspruch auf Lebensmittelunterstützung wird auf Grundlage der Personen, die in Ihrem Haushalt leben und Lebensmittel zusammen einkaufen und kochen, berechnet. Kochen und kaufen Sie Lebensmittel (jetzt oder nach der Genehmigung) getrennt von anderen Personen in Ihrem Haushalt ein? Nein Ja

Falls ja, bitte geben Sie ihre Namen und ihre Beziehung zu Ihnen an: _____

F. Erzählen Sie uns über Schüler/Studenten in Ihrem Haushalt



Für Schüler/Studenten gelten besondere Regeln. Füllen Sie diese Abschnitte aus, damit wir entscheiden können, ob diese Regeln für Ihren Haushalt Anwendung finden.

Ist jemand in Ihrem Haushalt Schüler einer Highschool oder Student eines Colleges oder einer berufsbildenden/ technischen Schule?

Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus:

Name des Schülers	Klasse	Name der Schule	TZ - Teilzeit VZ - Vollzeit

Von der Agentur Auszufüllen

G. Möchten Sie jemanden auswählen, der Ihnen bei der Beantragung Ihrer Leistungen hilft?



Sie können andere Personen benennen, die Ihnen dabei helfen Beihilfen zu bekommen. Diese Person kann Ihnen dabei helfen den Antrag auszufüllen, kann Fragen für Sie beantworten und kann die Vision-Card oder Krankenversicherungskarte für Sie benutzen. Wir sind berechtigt, mit dieser Person Informationen auszutauschen. Die Person kann ein Verwandter, Nachbar, Freund oder die dauerhafte Befugnis eines Anwalts bzw. einer anderen Person Ihres Vertrauens sein.

1. Wenn Sie wollen, dass Ihnen jemand hilft, füllen Sie die nachstehenden Abschnitte über diese Person aus:

Name: _____ Telefonnummer: _____

Adresse: _____ Apartment #: _____

Stadt: _____ Bundesland: _____ Postleitzahl: _____ E-mail: _____

In welcher Beziehung steht diese Person zu Ihnen (z.B. Kind, Freund, Anwalt, usw.)? _____

Ich erenne die oben genannte Person als stellvertretende Person um meine Beihilfen zu beantragen und zu regeln. Diese Person wird Kopien von jedem Brief, der über meinen Fall versandt wird erhalten und ist für die Vervollständigung von Bewertungsformularen und Befundänderungen verantwortlich:

Unterschrift: _____ Datum: _____

Zeuge: _____ Datum: _____

Zeuge: _____ Datum: _____

2. Falls Sie für Bargeldzuwendungen oder Essensmarken zugelassen sind, erhalten Sie eine Vision-Card um auf Ihre Beihilfen zugreifen zu können. Wünschen Sie, dass die oben genannte Person Zugriff auf Ihre Beihilfen hat? Nein Ja Falls ja, auf welche Beihilfen:

Bargeld Lebensmittelunterstützung Falls nein, wünschen Sie, dass eine andere Person Ihnen dabei hilft Ihre

Bargeldzuwendungen oder Ihre Lebensmittelunterstützung zu erhalten? Nein Ja

Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus. Diese Person ist Ihr autorisierter Vertreter. Wir sind berechtigt, mit dieser Person Informationen auszutauschen und sie erhält Zugriff auf Ihre Bargeldzuwendungen und/oder auf Ihre Lebensmittelunterstützung.

Name: _____ Telefonnummer: _____

Adresse: _____ Stadt: _____ Bundesland: _____ Postleitzahl: _____

H. Sind Sie behindert, so teilen Sie uns dies mit



Wir müssen wissen, ob eine Person in Ihrem Haushalt eine Behinderung hat. Anmerkung: Hier bekanntgegebene, persönliche Gesundheitsinformationen werden nur dazu benutzt um Ihren Behindertenstatus zu bestimmen und werden nicht mit anderen geteilt. Beantworten Sie folgende Fragen:

1. Haben Sie Behinderte in Ihrem Haushalt? Nein Ja Falls ja, wer: _____

Falls nein, fahren Sie mit Abschnitt I fort. Anmerkung: Falls mehr als eine Person eine Behinderung hat, beantworten Sie die Fragen für die zweite Person auf Seite 13.

2. Erhält diese Person eine Berufsunfähigkeitsrente? Nein **Beantworten Sie die nachstehenden Fragen 3 bis 6.**

Ja **Fahren Sie im Abschnitt I fort**

3. Bitte beschreiben Sie die Behinderung: _____

4. Glauben Sie, dass die Behinderung länger als 12 Monate andauern wird? Nein Ja

5. Glauben Sie, dass die Behinderung mit dem Tod endet? Nein Ja

6. Hat diese Person jemals Sozialhilfeleistungen beantragt? Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus:

a. Wurde der Antrag abgelehnt? Nein Ja Falls ja, wann: _____

b. Läuft momentan ein Berufungsverfahren gegen die Ablehnung? Nein Ja Falls ja, Stand: _____

c. Ist der bestehende Krankheitszustand seit der Ablehnung der Sozialversicherung schlimmer geworden? Nein Ja

Falls ja, begründen Sie dies bitte: _____

d. Haben Sie eine neue Behinderung oder Krankheit, die die Sozialversicherung nicht beachtet hat? Nein Ja

Falls ja, beschreiben Sie in wenigen Worten Ihre Behinderung: _____

e. Hilft Ihnen ein Anwalt oder eine andere Person bei der Beantragung von Sozialhilfeleistungen für Behinderte? Nein Ja

Wenn ja, geben Sie den Namen der Person und der Organisation an: _____ Telefonnummer: _____

I. Erzählen Sie uns über Ihr Vermögen



Wir müssen über Ihr Vermögen bescheid wissen, um zu entscheiden ob Sie Leistungen erhalten können. Falls nötig, benutzen Sie S. 13 um mehr Informationen aufzulisten.

1. Verfügt jemand in Ihrem Haushalt über ein Vermögen oder ist ein Vermögen unter seinem Namen eingetragen?

Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus: Kreuzen Sie bei jedem der nachstehenden Punkte nein oder ja an.

Art des Vermögens		Name(n) auf den/die das Vermögen läuft	Betrag oder Wert	Wo wird das Vermögen aufbewahrt? (Name der Bank, Credit Union oder Firma)	Kontonummer
Bargeld	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Bankkonto	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Ersparnisse/ Depositenkonto	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Konten für die Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Pflegeeinrichtung Konten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Hinterlegungsscheine, Aktien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Grabstätten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Besitzen Sie ein Fahrzeug? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ist dieses in Kansas registriert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Jahr: _____ Fabrikat: _____ Model: _____ Eigentümer: _____ Jahr: _____ Fabrikat: _____ Model: _____ Eigentümer: _____				

2. Besitzt jemand in Ihrem Haushalt eine Lebensversicherung? Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus: (Fügen Sie Kopien aller Policen hinzu.)

Policen Inhaber	Versicherungsgesellschaft	Policen Nummer	Nennwert	Barwert

I. Erzählen Sie uns über Ihr Vermögen (Fortsetzung)



3. Besitzt jemand in Ihrem Haushalt ein Haus? Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus:
Eigentümer: _____ Ort: _____
Kaufdatum: _____ Wert: _____ Geschuldeter Betrag: _____
Wer lebt in diesem Haus? _____
Falls der Eigentümer nicht dort lebt, erläutern Sie weshalb: _____
Falls der Eigentümer nicht dort lebt, beabsichtigt er zurückzukehren? Nein Ja
4. Besitzt Jemand in Ihrem Haushalt weiteres Land (einschließlich Gebäude, Grundstücke, Ackerland, Zweitwohnsitze)? Nein Ja
Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus:
Beschreiben Sie die Immobilie: _____
Ort: _____
Eigentümer: _____ Wert: _____ Geschuldeter Betrag: _____
5. Verfügt jemand in Ihrem Haushalt über ein Wohn- und Nutzungsrecht auf Lebenszeit? Nein Ja
Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus:
Beschreiben Sie die Immobilie: _____
Ort: _____ Eigentümer: _____
Geben Sie das Datum an, an dem das Recht auf Lebenszeit vergeben wurde: _____ Wert der Immobilie: _____
6. Besitzt jemand in Ihrem Haushalt ein Treuhandkonto? Nein Ja Wenn ja, geben Sie nachstehend Art, Eigentümer, Zweck und Betrag an:

7. Besitzt jemand in Ihrem Haushalt eine Lebensrente oder eine ähnliche Vermögensanlage, einschließlich derer, die als Teil einer Altersversorgungsleistung ausgegeben werden? Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus:
Eigentümer: _____ Wert: _____
Gesellschaft: _____
- Anmerkung:** Bei Langzeitpflege, muss der Staat Kansas als Begünstigter jeder Lebensrente, die Sie besitzen und am bzw. nach dem 8. Februar 2006 gekauft wurde, eingetragen werden. Hierzu erhalten Sie noch weitere Informationen. Mit der Unterschrift des Antrages, stimmen Sie dieser Abtretung zu.
8. Schuldet irgendjemand Ihnen Geld in Form eines Schuldscheins oder anderer Kredite? Nein Ja Falls ja, erläutern Sie:

9. Besitzt jemand in Ihrem Haushalt weitere Anlagen (wie z.B. Wohnmobile, Wohnwagen, Boote, Viehbestände, Ölrechte, Maschinenanlagen, usw.)?
 Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus. Falls nötig, benutzen Sie S. 13 um mehr Informationen aufzulisten.
- a. Beschreiben Sie die Anlage: _____
Eigentümer: _____ Wert: _____
- b. Beschreiben Sie die Anlage: _____
Eigentümer: _____ Wert: _____
10. Haben Sie oder Ihr(e) Ehepartner(in) in den letzten fünf Jahren eine Hypothek auf ein Eigentum, einschließlich einer zweiten Hypothek, aufgenommen? Nein Ja
11. Haben Sie oder Ihr(e) Ehepartner(in) jemals auf ein rechtmäßiges Erbe oder Testament verzichtet? Nein Ja

I. Erzählen Sie uns über Ihr Vermögen (Fortsetzung)



12. Haben Sie oder Ihr(e) Ehepartner(in) in den letzten fünf Jahren Eigentumsrechte geändert, verkauft oder Anlagen abgegeben (wie z.B. Bargeld, Hinterlegungsscheine, Aktien, Haus, Land oder andere Anlagen)?

Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus:

Datum, an dem das Eigentumsrecht geändert wurde	Art der Anlage	Wert	Abgegeben/Verkauft an	Zweck

J. Erzählen Sie uns über Ihr Verdientes Einkommen



Wir benötigen Auskunft über Ihr gesamtes Einkommen aus Jobs, Selbstständigkeit, Angestelltenarbeit usw. Ist jemand in Ihrem Haushalt selbstständig oder angestellt? Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder für alle beruflichen Tätigkeiten aus.

Selbstständigkeit beinhaltet Verdienste aus vereinzelt Jobs, Kinderbetreuung, Rasenmähen, Schneeschippen, Kosmetikverkäufe usw.

Benutzen Sie Seite 13 um weitere Informationen aufzulisten.

Name	Name, Telefonnummer und Adresse des Arbeitgebers (falls selbstständig, bitte Geschäftsart angeben)	Gehalt oder Stundenlohn	Trinkgelder oder Umsatzbeteiligung	Arbeitsstunden pro Woche	Wie oft werden Sie ausgezahlt?	Wochentag an dem Sie bezahlt werden

Haben Sie besondere Ausgaben, die Ihnen bezüglich Ihrer Behinderung bei der Arbeit helfen? (Beispiele schließen Diensthunde, Betreuung, besondere Beförderung zur Arbeit, usw. ein) Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus:

Art der Ausgabe	Betrag der Ausgabe	Wie oft müssen Sie bezahlen?

Hat jemand in Ihrem Haushalt in den letzten 60 Tagen einen Job verloren oder gekündigt? Nein Ja Falls ja, füllen Sie die folgenden Felder aus:

Name: _____ Arbeitgeber: _____

Letzter Arbeitstag: _____ Grund: _____

K. Teilen Sie uns weitere Einkünfte mit



Wir müssen auch über alle anderen Einnahmen in Ihrem Haushalt Bescheid wissen, um zu entscheiden, ob Sie Leistungen erhalten können. Beantworten Sie folgende Fragen: Kreuzen Sie bei jedem der nachstehenden Punkte nein oder ja an. Falls nötig, benutzen Sie S. 13 um mehr Informationen aufzulisten.

Art/Herkunft des Einkommens		Name des Empfängers	Erhaltener Betrag (vor Abzügen)	Wie oft erhalten Sie diesen?	Anforderungsnummer
Sozialhilfeleistungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	1.			
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	2.			
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	3.			
Zusätzliche Sozialhilfeleistungen (SSI)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	1.			
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	2.			
Veteranenbeihilfe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Betriebsrente der Bahn	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Treuhandzahlungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Lebensrente	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Weitere Renten oder Ruhestandsgelder Herkunft: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Abfindung/Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Ölnutzungsgebühren/ Mineralrechte/Stammeszahlungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Vertragliche Verkaufs/Vermietungs Einkünfte	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Weitere Einkommen Herkunft 1: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
Herkunft 2: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				

Hat jemand in Ihrem Haushalt andere Einnahmen oder Leistungen beantragt? Nein Ja

Falls ja, geben Sie den Namen und die Art der Einnahmen oder Leistungen an: _____

Von der Agentur Auszufüllen

L. Erzählen Sie uns über Ihre Haushaltsausgaben



Damit wir entscheiden können, wie viel Lebensmittelunterstützung Sie erhalten, erzählen Sie uns über ihre Mietkosten und weitere Ausgaben.

Ausgabenart	Betrag	Wer zahlt?
Sind Sie Mieter? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Sie Mieter sind, geben Sie den Namen, die Adresse und die Telefonnummer des Vermieters an: _____ _____		
Sind Sie Eigentümer Ihrer Unterkunft oder dabei, sie zu kaufen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Wie hoch ist Ihre monatliche Miete oder Hypothek?	\$	
Wenn Sie Mieter sind, handelt es sich um eine Sozialwohnung, Abschnitt 8, HUD, andere? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Falls ja, nennen Sie uns den Betrag, den Sie jeden Monat zahlen müssen	\$	
Bezahlen Sie Grundsteuern, die nicht in der Hypothek mit inbegriffen sind? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	\$	
Bezahlen Sie eine Hausbesitzerversicherung, die nicht in der Hypothek mit inbegriffen ist? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	\$	
Zahlen Sie Kinderfürsorge oder für die Kinderbetreuung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	\$	
Leisten Sie Unterhaltszahlungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Geben Sie den gezahlten Betrag und die Gerichtsbeschlussnummer für jedes Kind an: _____	\$	
Wenn Sie 60 Jahre oder älter, oder behindert sind, haben Sie medizinische Ausgaben? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte auch Krankenversicherung und Medicare-Prämien angeben. Falls nötig, benutzen Sie S. 13 um mehr Informationen aufzulisten.	\$	
Haben Sie Nebenkosten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Haben Sie Ausgaben für Heizung oder Klimaanlage? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Falls nein, kreuzen Sie die folgenden Nebenkosten an, die Sie zahlen müssen:		
<input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Abwasser <input type="checkbox"/> Müll <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Strom/Gas zum Kochen oder für die Beleuchtung <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Keine		
Erhalten Sie Energiebeihilfe (Low Income Energy Assistance Program, LIEAP)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, wann: _____		
Hilft Ihnen jemand bei der Zahlung der oben genannten Ausgaben? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, bei welchen Ausgaben werden Sie unterstützt? _____ Wie viel wird von ihnen übernommen? _____		

Von der Agentur Auszufüllen

Bitte lesen Sie diese Informationen, bevor sie S. 12 unterzeichnen



Rechte, Verantwortlichkeiten und Strafen

- Ich habe meine Rechte und Verantwortlichkeiten auf der abreißbaren Seite am Ende dieses Formulars gelesen und verstanden.
- Ich verstehe die Fragen in diesem Antragsformular.
- Ich kenne die Strafen für das Zurückhalten von Informationen (Strafen werden auf der abreißbaren Seite am Ende dieses Formulars genannt).
- Ich kenne die Strafen für die Angabe falscher Informationen (Strafgelder werden auf der abreißbaren Seite am Ende dieses Formulars genannt).

Staatsangehörigkeit

- Mit der Unterzeichnung dieses Formulars stimme ich zu, dass jede in meinem Haushalt lebende Person, die Leistungen beantragt US-Bürger/ in oder legale/r Einwanderer/in ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Anforderung nicht für Personen gilt, die medizinische Notfallbeihilfe beantragen (SOBRA-Programm).

Änderungen, die Sie melden müssen

- Ich stimme zu, alle Änderungen, wie z.B. Adresse, Einkommen und Änderungen der Personen in meinem Haushalt anzugeben.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Sozialarbeiter mir alle Änderungen mitteilt, die ich melden muss.
- Ich werde meinen Sozialarbeiter darüber informieren, wenn Änderung auftreten, die meine Anspruchsberechtigung oder mein Leistungsniveau beeinträchtigen.

Wir werden die Informationen überprüfen, die Sie uns angeben

- Ich nehme zur Kenntnis, dass Sie die Informationen überprüfen werden, die ich in diesem Antragsformular angebe.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass Sie andere Organisationen, wie z.B. bundesstaatliche, staatliche und lokale Beamte, Arbeitgeber, Ärzte, Unternehmen, Finanzorganisationen und Kinderbetreuungseinrichtungen kontaktieren dürfen, um die Informationen zu überprüfen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass Sie die Informationen nutzen werden und dass sie meine Anspruchsberechtigung oder mein Leistungsniveau beeinträchtigen können.

Informationen über Sozialversicherungsnummern



- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für alle Personen in meinem Haushalt, die Leistungen beantragen, Sozialversicherungsnummern besitze oder beantragen muss.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Social and Rehabilitation Services (SRS) und die Kansas Health Policy Authority (KHPA) die Sozialversicherungsnummern benutzen werden. Die Nummern werden zum Abgleich mit der Sozialversicherungsverwaltung, Banken, dem Finanzamt und anderen Organisationen und Agenturen genutzt.

Informationen über Lebensmittelunterstützungs-Ausgaben



- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine Haushaltsausgaben melden und begründen muss, da ich sonst keinen Rabatt für sie bekomme.

Informationen über die Zusammenarbeit



- Ich stimme zu, dass Jeder, der finanzielle oder medizinische Beihilfe beantragt und behauptet behindert zu sein, dabei kooperiert die mutmaßliche medizinische Behinderung nachzuweisen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass wir keine Bargeldleistungen erhalten können, wenn jemand nicht kooperiert.

Informationen über Medizinische Beihilfe



- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Kansas Health Policy Authority (KHPA) verantwortlich für die Verwaltung des medizinischen Beihilfeprogramms ist.

Einnahmen von Dritten

- Ich nehme zur Kenntnis, dass das Kansas Medical Assistance Program (Titel XIX und Titel XXI) nur für Dienste zahlt, die nicht durch andere Versicherungen oder durch Dritte abgedeckt werden.
- Ich bin dafür verantwortlich, alle Geldmittel von Dritten für jeden in meinem Haushalt zu melden, der medizinische Beihilfe erhält. Beispiele für Geldmittel Dritter sind Krankenversicherungen, ein gerichtlicher Vergleich, medizinische Unterstützungszahlungen, ein Treuhandkonto oder eine Vormundschaft. Diese Quellen sind gesetzlich dazu verpflichtet, einige der medizinischen Ausgabe einer Person zu zahlen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass Sie nicht für medizinische Dienste zahlen, wenn Sie davon ausgehen, dass nicht zunächst Geldmittel Dritter benutzt wurden.
- Ich stimme zu, Ihnen dabei zu helfen, alle Geldmittel Dritter zu überprüfen. Die Medical Subrogation Unit verfolgt die Zahlung für medizinische Dienstleistungen von Dritten. Ich werde dieser Unit dabei helfen, alle Geldmittel Dritter zu überprüfen.

Zahlungen und Unterstützung

- Wenn uns Medizinische Beihilfe genehmigt wird, stimmen wir zu, dass die Zahlungen direkt an unsere Ärzte und andere Gesundheitsorganisationen gehen.
- Wenn uns Medizinische Beihilfe genehmigt wird, werden wir der Kansas Health Policy Authority (KHPA) alle Zahlungen übergeben, die wir erhalten.

Informationen über Medizinische Beihilfe (Fortsetzung)



Vermögens-Rückgriffsbestimmung – Der folgende Abschnitt GILT NICHT für die Medicare Saving Programs.

- Wenn jemand Medizinische Beihilfe erhält, der über 54 Jahre alt ist oder in einem Heim lebt, nehme ich zur Kenntnis, dass ein Anspruch auf das Vermögen des Empfängers oder des Ehepartners erhoben werden kann, um die medizinischen Ausgaben zurück zu erlangen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass Sie alle Finanzunternehmen oder andere Investmentgesellschaften über offene Ansprüche auf das Grundstück informieren werden.

Überweisung zum Gesundheitsamt

Ich erlaube Ihnen, unsere Namen, Adressen, Telefonnummer und unseren Anspruchsstatus an Ärzte und Gesundheitsämter vor Ort weiterzuleiten, so dass sie uns über die angebotenen Dienstleistungen informieren können.

Nein Ja

Erlaubnis der Informationsweitergabe



Durch meine Unterschrift unter diesen Antrag erlaube ich Arbeitgebern, Kinderbetreuungsorganisationen, Ärzten, Finanzinstituten, Versicherungsunternehmen, Versorgungswerken und andere Personen oder Agenturen, die über meine Umstände Bescheid wissen, dem Kansas Department of Social and Rehabilitation Services (SRS) und der Kansas Health Policy Authority (KHPA) jegliche Informationen, einschließlich vertrauliche und Gesundheitsinformationen zu übermitteln, die für die Bearbeitung meines Anspruchs auf Leistungen oder zur Verwaltung von Programmen (einschließlich Verfolgung von Unterhaltsansprüchen) notwendig sind.

Ich erlaube der SRS und der KHPA, medizinische Informationen zu Verwaltungszwecken mit anderen Agenturen und Unternehmern auszutauschen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass alle Informationen in diesem Antrag und alle an SRS oder KHPA übermittelten Informationen durch staatliche und bundesstaatliche Vertraulichkeitsgesetze geschützt sind.

Diese Erlaubnis gilt ab dem Datum der Unterzeichnung und bleibt in Kraft, bis sie schriftlich durch den Unterzeichnenden widerrufen wurde. Eine Kopie dieser Erlaubnis hat die gleiche Gültigkeit wie das Original.

Ich versichere an Eides statt, dass meine Antworten nach bestem Wissen und Gewissen korrekt und vollständig sind.

Ihre Unterschrift

Datum

Unterschrift Ihres Ehepartners oder eines anderen Erwachsenen in ihrem Haushalt (optional)

Datum

Unterschrift des Ersten Zeugen (falls "X" angegeben wurde)

Datum

Unterschrift des Zweiten Zeugen (falls "X" angegeben wurde)

Datum

Unterschrift des vom Gericht ernannten Vormunds/ Vermögensverwalters (falls zutreffend)

Datum

Unterschrift des Medizinischen Vertreters (falls zutreffend)

Datum

Informationen über die Kansas Wählerregistrierung



Dieser Abschnitt beeinträchtigt nicht die Leistungen und Dienste, die Sie von der SRS oder KHPA erhalten können. Wenn Sie keine Kästchen markieren, gehen wir davon aus, dass Sie sich dieses Mal nicht als Wähler registrieren möchten.

Möchten Sie sich heute als Wähler registrieren? Nein Ja Ich bin bereits in meinem Wohnort registriert.

SRS und KHPA würden Ihnen gerne beim Antrag zur Wählerregistrierung helfen. Wenn Sie weitere Fragen haben oder uns ein Problem berichten möchten, können Sie Ihren Sozialarbeiter oder das Ministerium kontaktieren oder unter 1-800-262-VOTE (8683) anrufen.

Bitte geben Sie hier zusätzliche Informationen an.

Kansas Ministerium Der Sozialen Und Rehabilitierungsdienste

Antrag auf Sozialleistungen für Ältere und Personen mit einer Behinderung

Rechte und Verantwortlichkeiten - Bitte lesen und für ihre Unterlagen abtrennen

Die Bearbeitungszeiten für ihren Antrag sind:

- Innerhalb von 30 Tagen bei Kinderbetreuungsbeihilfe und Lebensmittelunterstützung;
- Innerhalb von 45 Tagen bei Bargeldleistungen und Medizinischer Beihilfe;
- Innerhalb von 90 Tagen bei einer mutmaßlichen medizinischen Behinderung.

Wenn sie anspruchsberechtigt sind, beginnen die Leistungen ab dem Zeitpunkt, wenn unser SRS Büro den unterzeichneten Antrag erhält. Wenn sie anspruchsberechtigt sind, können Sie Lebensmittelunterstützung innerhalb von 7 Kalendertagen erhalten. Wir werden Sie darüber informieren, wenn sie hierfür berechtigt sind.

Die folgenden Informationen gelten für alle Programme:



Ihre Verantwortlichkeiten:

Sie sind dafür verantwortlich:

- alle Informationen zu übermitteln, damit wir Ihre Anspruchsberechtigung beurteilen können;
- alle erforderlichen Änderungen zu melden - wir werden Ihnen sagen, was gemeldet werden muss (Beispiele sind Schwangerschaft, Geburt, Einzug oder Auszug einer Person aus ihrem Haushalt, ein neuer Job, Änderungen des Einkommens, neue Adresse, usw.);
- alle Geldmittel auszuschöpfen, die dabei helfen können die medizinischen Ausgaben Ihrer Familie zu zahlen und dies an SRS zu melden (z.B. Versicherungspolice, Gelder aus gewonnenen Gerichtsverfahren, medizinische Beihilfezahlungen) (nur Medizinische Beihilfe);
- Falls Ihr Fall überprüft wird, arbeiten Sie mit den Mitarbeitern der Qualitätssicherung zusammen.

Ihre Rechte:

Sie haben das Recht darauf:

- umsonst einen Dolmetscher gestellt zu bekommen, falls Englisch nicht Ihre bevorzugte Sprache ist;
- dass SRS Ihre Informationen vertraulich behandelt, sofern sie sich nicht direkt auf die Verwaltung von SRS-Programmen beziehen;
- Ihren Antrag jederzeit zurückzuziehen;
- eine faire Anhörung innerhalb von 30 Tagen für Bargeldleistungen, Kinderbetreuungsbeihilfe und Medizinische Beihilfe, oder innerhalb von 90 Tagen für Lebensmittelunterstützung anzufordern, wenn Sie mit der Entscheidung nicht einverstanden sind;
- dass Ihre Leistungen ab dem Datum berechnet werden, an dem dieser Antrag bei der SRS eingegangen ist;
- besondere Berücksichtigung und vertrauliche Dienste zu erhalten, falls Sie in Gefahr von häuslicher Gewalt oder sexueller Belästigung sind; und
- In Übereinstimmung mit den Bundesgesetzen und den Vorschriften des U.S. -Landwirtschaftsministeriums (USDA) und des Gesundheitsministeriums (HHS), ist es dieser Agentur untersagt, auf der Grundlage von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Geschlecht, Alter oder Behinderung zu diskriminieren. Gemäß Food Stamp Act und der USDA-Vorschriften, ist Diskriminierung auch auf Grundlage von religiöser oder politische Ansichten verboten.
- Um eine Beschwerde wegen Diskriminierung einzureichen, kontaktieren Sie das USDA oder das HHS. Schreiben Sie an: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 oder rufen Sie unter der Nummer (800) 795-3272 (Sprachanruf) oder (202) 720-6382 (TTY) an. Schreiben Sie an: HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 oder rufen Sie unter (202) 619-0403 (Sprachanruf) oder (202) 619-3257 (TTY) an. USDA und HHS stehen für Chancengleichheit.

SRS Rechte:

SRS hat das Recht:

- die Informationen, einschließlich der Sozialversicherungsnummer (SVN) von jeder Person in Ihrem Haushalt in diesem Antrag, zu nutzen, um zu entscheiden, ob Ihr Haushalt Leistungen erhalten kann. Wir überprüfen diese Informationen durch Computerabgleichprogramme. Diese Informationen werden auch dazu verwendet, dass Sie den korrekten Betrag erhalten.
- Leistungen für ihren Haushalt abzulehnen, wenn Sie nicht die erforderlichen Informationen angeben;
- die Informationen in Ihrem Antrag an andere bundesstaatliche und staatliche Agenturen zur offiziellen Überprüfung offen zu legen, sowie an Vollzugsbehörden, um Personen zu verhaften, die die Gesetze verletzen. Sie oder die Mitglieder Ihres Haushalts werden jedoch dem Bureau of Immigration & Customs Enforcement (ehemals INS) gemeldet;
- die Informationen in diesem Antrag an bundesstaatliche und staatlicher Agenturen, sowie an Schadensorganisationen weiterzuleiten, damit sie im Falle von Mehrzahlungen an Ihren Haushalt Forderungen einholen können;
- eine vollständige Überprüfung Ihrer Anspruchsberechtigung durchzuführen, einschließlich der Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern, Kinderbetreuungsorganisationen, Banken, Ärzten oder durch einen Hausbesuch;
- Ihren Antrag abzulehnen, oder Sie wegen Betrugs anzuzeigen, wenn Sie uns wissentlich falsche Informationen übermitteln; und
- der Kansas Health Policy Authority Informationen zu übergeben, um die Medizinische Beihilfe zu verwalten.

Strafen

Sie sollten zudem wissen, dass:

Personen Leistungen verlieren können, wenn diese nicht mit den folgenden Programmen kooperieren:

- Lebensmittelunterstützungs- und Arbeitsprogramme - Suche nach Arbeit, Vorbereitung auf eine Anstellung und einen Job behalten (falls zutreffend).

Mitgliedern Ihres Haushalts, die absichtlich die folgenden Regeln verletzen, können Bargeld- oder Lebensmittelleistungen verwehrt werden; ein Jahr für die erste Verletzung, zwei Jahre für die zweite Verletzung und dauerhaft für die dritte Verletzung. Wenn Sie Lebensmittelunterstützung beantragen, können Sie zudem zur Zahlung einer Strafe von 250.000 \$ verpflichtet werden und/oder für bis zu 20 Jahre ins Gefängnis kommen, sowie vom Lebensmittelunterstützungsprogramm für zusätzliche 18 Monate ausgeschlossen, Bezüge verlieren und gemäß anderen Gesetzen verurteilt werden.

- Lügen sie nicht und halten Sie keine Information zurück, um Leistungen zu erhalten, die Ihr Haushalt nicht erhalten sollte.
- Benutzen Sie die Lebensmittelunterstützung nicht dazu, andere Artikel, wie z.B. Alkohol oder Zigaretten zu kaufen, oder das Geld auf Kreditkonten einzuzahlen.
- Benutzen Sie keine Vision Cards, die nicht Ihnen gehören.
- Verkaufen und Benutzen Sie keine Vison Cards von anderen.
- Wenn sie mehr als 500 \$ an Lebensmittelunterstützungsleistungen kaufen oder verkaufen, können sie dauerhaft vom Lebensmittelunterstützungsprogramm ausgeschlossen werden. Wenn Sie von einem Gericht wegen der Zahlung von Lebensmittelunterstützungsleistungen für Waffen, Munition, Sprengstoffe oder Drogen verurteilt werden, werden sie:
 - Ihre Leistungen für zwei Jahre für die erste Verletzung und dauerhaft für die zweite Verletzung einschließlich für den Verkauf von Drogen verlieren ; und
 - Dauerhaft Leistungen verlieren für die erste Verletzung, einschließlich des Verkaufs von Waffen, Munition oder Sprengstoffen.

Wenn Sie falsche oder irreführende Angaben über ihren Wohnort machen, um Lebensmittelunterstützung oder Bargeldleistungen doppelt zu erhalten, können Sie von der Lebensmittelunterstützung oder den Bargeldleistungen für 10 Jahre ausgeschlossen werden. Wenn Sie zusätzlich irreführende Angaben über ihre Person machen, um doppelt Lebensmittelunterstützung zu erhalten, können Sie von der Lebensmittelunterstützung für 10 Jahre ausgeschlossen werden.

Interview



Für Lebensmittel- und/oder Bargeldleistungen müssen wir als Teil des Antragsverfahrens ein Interview durchführen. Für Medizinische Beihilfe oder Kinderbetreuung ist kein Interview notwendig, Sie können jedoch darum bitten.

- Ihr Interview findet statt am: ----->
- Datum und Uhrzeit ihres Interviews - Datum: _____ Uhrzeit: _____
- Bitte rufen Sie an, um ein Interviewtermin aus zu machen: _____
- Sonstige: _____

Benötigte Informationen, um Ihren Antrag zu bearbeiten



Wir benötigen vielleicht einige oder alle der folgenden Informationen. Bitte legen Sie folgende Informationen bereit.

- Nachweis über Ihren Wohnort.
- Nachweis des Alters und der Personalien.
- Nachweis über die US-Staatsbürgerschaft, für Personen die Leistungen erhalten wollen.
- Nachweis über die ausländische Staatsbürgerschaft, für Personen die Leistungen erhalten wollen.
- Rechnungen und Belege für die Kinderbetreuung.
- Belege über gezahlte oder erhaltene Unterhaltszahlungen und/oder Alimente.
- Einkommensnachweis (Zahlungsabschnitte, Verdienstnachweise, Immobilienmiet-/ -hypothekenverträge, staatliche Zahlungen, Arbeitsunfallversicherungen, Renten und andere).
- Falls Sie selbstständig sind, die zurückgezahlte nationale Einkommensteuer, Ihre Unterlagen zur Buchführung, Ihre Umsätze und die Unterlagen zu Ihren Ausgaben
- Lebens- und Sterbegeldversicherung
- Nachweise über Mieten/ Hypotheken (einschließlich Versicherungs- und Grundsteuern).
- Belege für medizinische Ausgaben für alte und behinderte Person, wie z.B. Medikamentenrechnungen, Arztrechnungen und Krankenhausrechnungen.
- Krankenversicherungskarten und Prämieninformationen.
- Bankbelege für Girokonten, Sparkonten oder Aktien/Rentenpapiere/gemeinsame Fonds.
- Nachweis über Treuhandkonten und Lebensrenten.
- Sonstige: _____

Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Antrags benötigen, rufen Sie uns kostenfrei unter 1-888-369-4777 an.