

## ESTADO DE KANSAS SERVICIOS SOCIALES Y DE REHABILITACIÓN



### SOLICITUD DE BENEFICIOS DE DINERO EN EFECTIVO, CUIDADO DE LA SALUD, CUIDADO DE NIÑOS Y CUPONES DE COMIDA

Esta solicitud le ayudará a proporcionar la información necesaria para determinar su elegibilidad para recibir los siguientes tipos de ayuda por parte del SRS (Servicios Sociales y de Rehabilitación):

- **DINERO EN EFECTIVO PARA LAS FAMILIAS**: Esta asistencia temporal para las familias está disponible por un número limitado de meses. Los adultos capacitados en familias que solicitan dinero en efectivo deben buscar empleo de inmediato. También se requiere una búsqueda continua de trabajo u otra actividad constante relacionada con el trabajo. Se requiere cooperación con la agencia para establecer la paternidad y cobrar manutención del niño. Las familias que reciben ayuda de dinero en efectivo automáticamente reciben Medicaid (Asistencia Médica).
- **DINERO EN EFECTIVO PARA ADULTOS DISCAPACITADOS**: Los adultos discapacitados pueden ser elegibles para recibir ayuda de dinero en efectivo mientras esperan la determinación de beneficios federales por discapacidad. Se requiere la declaración de un médico para verificar la condición de discapacidad. Los adultos discapacitados que reciben ayuda de dinero en efectivo también reciben cobertura médica limitada.
- **CUIDADO DE LA SALUD**: Varios tipos de ayuda están disponible para niños, mujeres embarazadas, personas mayores o adultos discapacitados para ayudar a pagar las cuentas médicas y las primas de Medicare. A algunas personas se les puede solicitar que sean responsables por una parte de sus propias cuentas médicas. Los beneficios de Medicaid (Asistencia Médica) serán recuperados de los bienes de los ancianos y los adultos discapacitados que recibieron ayuda.
- **CUIDADO DE NIÑOS**: Este programa ayuda a los adultos a seguir trabajando para mantener a sus familias y a los padres adolescentes a permanecer en la escuela, ayudándoles con los costos del cuidado de niños. La ayuda está basada en una escala móvil que toma en cuenta los ingresos de la familia. Se requiere cooperación con la agencia para establecer la paternidad y cobrar la manutención del niño.
- **CUPONES DE COMIDA**: Este programa ayuda a los grupos familiares con bajos ingresos en la compra de alimentos necesarios para una buena nutrición. Es posible que usted pueda recibir cupones de comida en los siguientes 7 días si su grupo familiar cuenta con bajos ingresos o no tiene ingreso alguno, si sus gastos de renta y servicios públicos superan sus ingresos/recursos o si usted es un emigrante o un trabajador de cultivo de temporada.

Usted puede solicitar uno o todos de estos programas llenando esta solicitud. También es posible que se requiera una entrevista como parte del proceso de la solicitud. **Todas las personas deben llenar la Página 1 de la Solicitud. En la parte superior de cada página, comenzando en la página 2, se encuentran instrucciones especiales que le ayudarán a llenar la solicitud para los tipos de ayuda que esté solicitando.**

Su solicitud será procesada en los próximos 30 días en el caso de beneficios para el cuidado de niños y cupones de comida, y en 45 días para beneficios de dinero en efectivo y cuidado de la salud. Si usted es elegible, los beneficios serán otorgados a partir de la fecha en que se reciba la solicitud firmada en nuestra oficina. **Para acelerar el tiempo de trámite, vea al reverso de esta página una lista de documentos que debe traer a la entrevista.**

- Su entrevista ha sido programada para el: \_\_\_\_\_
- Su entrevista se llevará a cabo con: \_\_\_\_\_
- Por favor llame para citarlo a una entrevista: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

### LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE AL REVERSO DE ESTA PAGINA

**DOCUMENTOS QUE DEBE TRAER A LA ENTREVISTA** (para todos los miembros del grupo familiar):

1. Recibos actuales de servicios públicos

2. Comprobante de Domicilio.

3. Identificación con de fecha de nacimiento, ciudadanía o estado legal de extranjero.
4. Cuentas y recibos de cuidado de niños.
5. Comprobante de los números de Seguro Social.
6. Comprobante de la manutención del niño(a) y/o de pensión alimenticia pagada o recibida.
7. Comprobante de ingresos: recibos de nomina, declaración de ingresos, contratos de arrendamiento o venta de propiedades, Seguro Social, SSI, remuneración del trabajador, pensiones, etc.
8. Seguro de vida, plan de servicios funerarios y pólizas del seguro de salud.
9. Títulos de propiedad o registros de vehículos.
10. Recibo de renta/pago de hipoteca (incluyendo seguros e impuestos sobre la Propiedad).
11. Si usted trabaja por cuenta propia, Declaración del Impuesto Federal Sobre la Renta, registros contables, registros de ventas y gastos.
12. Comprobante de gastos médicos para las personas ancianas/ discapacitadas, como cuentas de medicamentos, consultas médicas, hospitalarias y primas de seguros.
13. Certificado médico verificando el embarazo.
14. Horario de clases de Secundaria o certificado de Secundaria, o del Desarrollo Educativo General (GED, por sus siglas en inglés) en el caso de padres adolescentes.
15. Estados de Cuenta bancarios de cuentas cheques, cuentas de ahorro o valores/títulos/fondos mutuos.

#### **USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

- Proporcionar la información necesaria para determinar su elegibilidad.
- Informar sobre cualquier cambio dentro de los próximos 10 días después de su ocurrencia o incluirlo en su formulario del reporte mensual. (Ejemplos de cambios a reportar: embarazo, nacimiento de un bebé, si alguien se muda o llega a vivir a su casa, un nuevo trabajo, cambio en los ingresos, o una nueva dirección).
- Si se le aprueba el beneficio de dinero en efectivo, entregue los pagos de pensión alimenticia y de manutención de niños al SRS y coopere con el programa de Cumplimiento de la Manutención de Niños (CSE).
- Pague la parte familiar correspondiente si es elegible para los beneficios de cuidado de niños que requiere un pago parcial del beneficio por parte de la familia.
- Utilice e informe al SRS sobre cualquier recurso que disponible para pagar los gastos médicos de su familia, como pólizas de seguros, demandas o de apoyo médico.
- Coopere con el personal de Aseguramiento de Calidad si su caso es revisado.

#### **USTED TIENE DERECHO A:**

- Recibir el mismo trato sin consideraciones de raza, sexo, color, edad, discapacidad, religión, creencias políticas ni origen nacional.
- Que la información entregada al SRS sea mantenida confidencialmente a menos que tenga una relación directa con la administración de los programas del SRS.
- Retirar su Solicitud en cualquier momento.
- Si no está de acuerdo con la decisión que tome el SRS, solicitar una audiencia justa en los 30 días siguientes en el caso de los beneficiarios de cuidado de niños, dinero en efectivo y cuidado de la salud, y en los 90 días siguientes en el caso de beneficiarios de cupones de comida.
- Que sus beneficios sean establecidos a partir de la fecha en que usted haya devuelto este formulario al SRS.

#### **EL SRS TIENE EL DERECHO A:**

- Utilizar su Número de Seguro Social para realizar verificaciones computarizadas con otras organizaciones como bancos, la Dirección General Tributaria (IRS por sus siglas en inglés), el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS por sus siglas en inglés) y la Administración del Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés), para verificar su elegibilidad.
- Realizar una investigación completa de su elegibilidad a través del contacto con empleadores, entidades bancarias, doctores o visitas a su casa.
- Rechazar su solicitud o procesar por fraude si usted llega a entregar información falsa para obtener ayuda.

#### **ADVERTENCIA DE PENALIDADES:**

#### **FALTA DE COOPERACIÓN:**

Las familias pueden además perder sus beneficios por su falta de cooperación con los siguientes programas de la agencia:

- El Programa de Cumplimiento de la Manutención de Niños (CSE), estableciendo la paternidad del niño(a) y cobrando la manutención del niño(a).
- Programas de Trabajo – Buscar empleo, prepararse para trabajar y mantener un trabajo.

#### **FRAUDE**

- **PROGRAMA DE CUPONES DE COMIDA:** Cualquier miembro del grupo familiar que no cumpla las siguientes reglas es posible que no pueda recibir los beneficios de cupones de comida durante 1 año por la primera ofensa, 2 años por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa; podrá ser multado hasta por \$250,000 o encarcelado hasta por 20 años, o recibir ambas penalidades; podrá ser excluido del Programa de Cupones de Comida por 18 meses adicionales si así lo ordena la corte, podrá perder deducciones y podrá ser procesado bajo otras leyes.
  - No mienta ni esconda información con el fin de obtener beneficios que su grupo familiar no tiene derecho a recibir.
  - No utilice beneficios de cupones de comida para comprar artículos no-alimenticios, como licor, cigarrillos o para pagar cuentas acreedoras.
  - No utilice ni mantenga en su posesión cupones de comida ni tarjetas Visión que hayan sido obtenidas de forma inapropiada.
  - No intercambie ni venda tarjetas Visión ni utilice la tarjeta de otra persona.
 Si usted compra, vende o intercambia más de \$500 en beneficios de cupones de comida, puede ser excluido permanentemente del Programa de Cupones de Comida. Si un juzgado lo encuentra culpable de la comercialización de beneficios de cupones de comida por armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas, usted estará sujeto a las siguientes penalidades:
  - La pérdida de beneficios durante 2 años por la primera ofensa y permanentemente por la segunda ofensa que involucre la venta de sustancias controladas, y
  - La pérdida permanente de beneficios por la primera ofensa que involucre la comercialización de armas de fuego, municiones o explosivos.
 Si usted se encuentra culpable de haber hecho declaraciones falsas o engañosas sobre quien es usted o donde vive para obtener dobles beneficios de cupones de comida, usted podrá ser excluido del Programa de Cupones de Comida durante 10 años.
- **AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO:** Cualquier persona que se encuentre culpable de obtener o tratar de obtener beneficios de dinero en efectivo para los cuales no es elegible, dejará de recibir dichos beneficios durante un periodo de 1 año por la primera ofensa, durante un periodo de 2 años por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa.

Su nombre oficial completo es: \_\_\_\_\_

Dirección donde usted vive (Dirección Calle ó número RR):  
 Dirección Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Es su vivienda subsidiada (Sección 8, HUD, etc.)?  Sí  No

Dirección para enviar correspondencia (si es diferente a la anterior) (Calle, RR#, ó Apartado Postal (P.O. Box)):  
 Dirección Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indicaciones para llegar a su casa:

Números telefónicos donde podemos localizarlo:  
 Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Número de Emergencia /para dejar mensajes: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguien de su grupo familiar dinero en efectivo, beneficios de cuidado de la salud o de cupones de comida o artículos para indígenas en este mes o en el pasado?  
 Sí  No En caso afirmativo, enliste los beneficios: \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿En cuál Estado? \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA**

Date received in agency: \_\_\_\_\_

Worker: \_\_\_\_\_ Date Registered: \_\_\_\_\_

Case No(s): \_\_\_\_\_

Interview Date: \_\_\_\_\_

Expedited: Food Stamps  Yes  No, Medical  Yes  No

Initial  Review  Added Program  30 Day Reapply

**SERVICIOS EXPEDIDOS: Favor llenar esta sección para los beneficios de cupones de comida y Médicos expedidos.**

1. ¿Está alguna persona de su grupo familiar embarazada?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿Quién? \_\_\_\_\_ Fecha Probable de Parto: \_\_\_\_\_

2. ¿El ingreso bruto mensual de su grupo familiar es menor a \$150?.....  Sí  No

3. ¿Tiene su grupo familiar menos de \$100 en efectivo, cheque y ahorros?.....  Sí  No

4. ¿Es alguno de su grupo familiar un emigrante o un trabajador de cultivo de temporada?.....  Sí  No

5. **Gastos de Vivienda**

Renta / Hipoteca Actual ..... \$ \_\_\_\_\_

Servicios Mensuales Actuales..... + \$ \_\_\_\_\_

Total = \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos y Recursos**

Ingreso bruto esperado para este mes..... \$ \_\_\_\_\_

Dinero en efectivo, cheques & ahorros..... + \$ \_\_\_\_\_

Total = \$ \_\_\_\_\_

¿Son los gastos de vivienda de su grupo familiar más altos que los ingresos y recursos brutos esperados?  Sí  No

¿Está usted afiliado a alguna Tribu Indígena?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿A cuál tribu? \_\_\_\_\_

¿Vive usted en alguna reserva Indígena?  Sí  No

**MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR: ENLÍSTESE USTED como la persona #1. Enliste a su cónyuge si vive con usted en la misma vivienda como la persona #2. Enliste a todas las otras personas en su hogar, aún si usted no está solicitando beneficios para ellas. Si alguna persona está embarazada, enliste "niño(a) por nacer". Adicionalmente agregue a cualquier persona que esté viviendo temporalmente lejos de la casa. Es opcional declarar su raza o su herencia étnica; no afectará su elegibilidad para recibir ayuda. Marque los TIPOS DE AYUDA que solicita para cada persona donde se indica abajo:**

Primer	Nombre Oficial		Parentesco con la persona enlistada en No. 1	Sexo	Raza	Fecha de Nacimiento	Ciudadano de los EE.UU.? Si/No	Número de Seguro Social	Último grado Finalizado	Dinero en Efectivo	Cupones de Comida	Cuidado de la Salud	Cuidado de Niños	Ninguno
	Segundo	Apellido												
1.			(Usted mismo)											
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														

Otros nombres utilizados por cualquier miembro de su grupo familiar (nombre de soltero/a, nombre de anterior matrimonio, etc.): \_\_\_\_\_

**Llene esta página si está solicitando Dinero en Efectivo, Cupones de Comida o Beneficios de Cuidado de la Salud.**

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:** (Cónyuge, hijo adulto u otro familiar cercano): Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** Actualmente es Ud:  Soltero(a), nunca antes casado(a)  Casado(a), viviendo juntos (incluye concubinato)  
 Casado, pero separado  Divorciado(a)  Viudo(a)

**BENEFICIARIO ALTERNATIVO, REPRESENTANTE AUTORIZADO:** Usted puede designar a alguien para ser un beneficiario alterno. Esta persona tendrá acceso ilimitado a sus beneficios de dinero en efectivo y cupones de comida. Los fondos que sean malgastados por el beneficiario alterno no serán restituidos. Favor de completar la siguiente información si usted desea un beneficiario alterno e indique que beneficios estarán disponibles para el beneficiario alterno:  
 Nombre: \_\_\_\_\_  Dinero en Efectivo  Cupones de Comida  
 Usted también puede autorizar a alguien para que solicite beneficios de Cupones de Comida a su nombre:  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Para Uso Exclusivo de la Agencia

**MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR DISCAPACITADOS:** Enliste a cualquier persona de su grupo familiar que sea discapacitada (incluyendo niños): \_\_\_\_\_  
 ¿Han solicitado ellos alguna vez beneficios por discapacidad?  Sí  No En caso *afirmativo*, ¿en qué fecha? \_\_\_\_\_

**CUENTAS MEDICAS ANTERIORES:** ¿Tiene alguien cuentas médicas pendientes de pago de los últimos 3 meses anteriores justo a este mes?  Sí  No En caso *afirmativo*, ¿Desearía solicitar elegibilidad para beneficios de cuidado de la salud que cubra estos 3 meses anteriores?  Sí  No

**SEGURO MÉDICO:** ¿Está alguien cubierto por un seguro médico? (Incluye pólizas que pertenezcan a personas que estén fuera del grupo familiar, como un padre/madre ausente o empleador)  Sí  No  
 ¿Alguno ha tendido seguro médico durante los últimos 6 meses?  Sí  No

Si su respuesta es *afirmativa* a cualquiera de estas preguntas, favor llenar lo siguiente:

Nombre y Dirección de la Empresa	*Tipo de Cobertura	Fecha de Inicio / Terminación	Número de Póliza	Número de Grupo	Personas Cubiertas	Cargo de Prima Mensual

\* Enliste el tipo de cobertura como: Accidentes, Asistencia Médica Grave, Odontológica, u Otros.

**MEDICARE:** (Llene esta sección si usted tiene más de 65 años o es discapacitado.) ¿Tiene alguien cobertura del Medicare (la tarjeta roja, blanca y azul)?  Sí  No En caso *afirmativo*, por favor llene la siguiente tabla:

Nombre	Número de Reclamación	Fecha de Vigencia Parte A	Fecha de Vigencia Parte B

**JUICIO POR DELITO MAYOR Y LIBERTAD CONDICIONAL O PERIODO DE PRUEBA:** ¿Ha sido algún miembro de su grupo familiar declarado culpable por un delito mayor relacionado con drogas después del 22 de agosto de 1996?  Sí  No  
 En caso *afirmativo*, escriba el nombre de la(s) persona(s) \_\_\_\_\_  
 ¿Está alguien de su grupo familiar huyendo de un juicio por delito grave o de la cárcel?  Sí  No  
 En caso *afirmativo*, escriba el nombre de la(s) persona(s) \_\_\_\_\_  
 ¿Esta alguien de su grupo familiar en violación de su libertad condicional o periodo de prueba?  Sí  No  
 En caso *afirmativo*, escriba el nombre de la(s) persona(s) \_\_\_\_\_

**Llene esta página si está solicitando Dinero en Efectivo, Cupones de Comida, Cuidado de la Salud o Cuidado de Niños para niños en su grupo familiar.**

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES:** Por ley, usted le entrega al SRS sus derechos a pensión alimenticia y a ayuda médica y manutención de niños para los niños por los cuales usted reciba asistencia pública. ¿Le ayudará usted al programa de Cumplimiento de la Manutención de Niños (CSE) a establecer y hacer cumplir las órdenes de mantenimiento (si fuera necesario)?  Sí  No

En caso negativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Enliste abajo los nombres de ambos padres de **cada** niño(a) para el cual está solicitando ayuda. Adicionalmente, enliste los nombres de ambos padres de cualquier bebé que esté por nacer. Si necesita más espacio para escribir la información de los padres, utilice el reverso de esta solicitud.

<u>Nombre del Niño</u>	<u>Nombre de la Madre</u>	<u>Nombre del Padre</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**PADRE(S) AUSENTE(S):** En la parte superior de cada columna, ingrese el nombre de cualquier padre enlistado arriba, que se encuentre ausente de su grupo familiar. Escriba tanta información como usted conozca sobre cada uno de los padres ausentes.

Nombre del Padre/Madre Ausente	Niño(a) #1	Niño(a) #2	Niño(a) #3	Niño(a) #4				
Fecha de Nacimiento								
Dirección Actual (o la última que usted conoció)								
No. Seguro Social								
Nombre del Empleador u otra Fuente de Ingresos								
Razón de la Ausencia								
Fecha del Último Contacto								
Número del Caso y Corte donde el Divorcio fue Presentado								
Paternidad Establecida	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

**PADRE(S) ADOLESCENTES:** Enliste cualquier miembro de su grupo familiar que esté embarazada o de un padre/madre que sea menor de 20 años de edad

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha en que se Espera el Parto: \_\_\_\_\_ Certificado de Escuela Secundaria o GED:  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha en que se Espera el Parto: \_\_\_\_\_ Certificado de Escuela Secundaria o GED:  Sí  No

Para Uso Exclusivo  
de la Agencia

**Complete this page if applying for Cash, Food Stamps or Health Care Benefits**

**RECURSOS:** ¿Alguien ha vendido, intercambiado u obsequiado dinero, vehículos, terrenos o alguna otra propiedad en los últimos 5 años?  Sí  No En caso afirmativo, enliste las propiedades transferidas: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Valor Contable: \_\_\_\_\_

¿Es usted dueño(a) o está usted comprando su propia vivienda?  Sí  No Valor de la vivienda : \_\_\_\_\_  
 ¿Algún miembro de su grupo familiar es dueño o está comprando bienes inmuebles aparte de la vivienda?  Sí  No  
 Ubicación de su vivienda o de cualquier otro bien inmueble: \_\_\_\_\_  
 Enliste cualquier persona que es copropietario con usted de su vivienda o de cualquier otro bien inmueble: \_\_\_\_\_

¿Cualquier miembro de su grupo familiar es dueño o el nombre de cualquier miembro de su grupo familiar aparece en alguno de los puntos abajo enlistados? **Marque Sí o No en cada punto.** En caso afirmativo, llene las otras columnas de ese punto. Incluya cualquier activo que posea en conjunto con otra persona que no esté viviendo con usted. Incluya cuentas de los niños y si alguno es un extranjero auspicado, enumere los recursos del benefactor y del cónyuge del benefactor.

Sí	No	Tipo de Recurso	Nombre(s) en la Cuenta	Cantidad	Nombre del Banco, Cooperativa de Crédito o Empresa	Para Uso Exclusivo de la Agencia
		Dinero en efectivo				
		Cuenta de Cheques # _____				
		Cuenta de Cheques # _____				
		Cuenta de Ahorros # _____				
		Cuenta de Ahorros # _____				
		Cuenta de Cooperativa de Crédito # _____				
		Certificados de Depósito # _____				
		Valores, Títulos, Fondos Mutuos				
		Cuenta de Retiro Individual (IRA en sus siglas en inglés) ó KEOUGH				
		Plan o Cuenta de Servicios Funerarios Prepagada				
		Ganado / Tráileres				
		Bienes / Fondos de Fideicomiso				
		Derechos mineros fuera de la propiedad de su Vivienda				
		Otros: _____				

¿Está el título de propiedad de algún automóvil, camión, motocicleta, caravana, bote , vehículo todo terreno u otro vehículo a nombre de algún miembro de su grupo familiar?  Sí  No En caso *afirmativo*, llene la tabla siguiente. Utilice la última página para enlistar más vehículos.

Año	Marca	Modelo (Incluya # de Puertas)	Referencia No. ("Tag")	Cantidad en deuda	Nombre(s) en el Título

¿Están todos estos vehículos registrados en Kansas?  Sí  No En caso *negativo*, escriba el estado donde fueron registrados: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguien seguro de vida o seguro de servicios funerarios?  Sí  No En caso *afirmativo*, llene la siguiente tabla:

Nombre y Dirección de la Empresa	Valor Nominal	Valor en Efectivo	Dueño de la Póliza	Nombre de la Persona Asegurada

**Llene esta página si está solicitando beneficios de Dinero en Efectivo, Cupones de Comida, Cuidado de la Salud o Cuidado de Niños**

<b>INGRESO NO DEVENGADO:</b> ¿Algún miembro del grupo familiar (incluyendo niños) tienen alguno de los siguientes ingresos o lo han solicitado? <u>Marque Sí o No en cada punto.</u> En caso afirmativo, anote la cantidad total de ingresos antes de deducciones en la columna titulada "Cantidad".							Para Uso Exclusivo de la <u>Agencia</u>
Sí	No	Fecha Solicitud	Tipo de Ingreso no Devengado	Nombre del Receptor	Cantidad	Frecuencia de Recibo	
			Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI por siglas en inglés)				
			Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI por siglas en inglés)				
			Seguro Social, Reclamación # _____				
			Seguro Social, Reclamación # _____				
			Reclamación Jubilación Ferroviaria # _____				
			Reclamación Beneficios para Veteranos # _____				
			Reclamación de Beneficios de Pensión/Jubilación # _____ Tipo _____				
			Compensación Laboral o de Desempleo (Encierre una en un círculo)				
			Manutención de Niños o Pensión Alimenticia Recibida				
			Asignación Militar				
			Contribuciones en Efectivo de Otras Fuentes				
			Ingresos por Contratos de Venta o Renta				
			Petróleo/Derechos Minerales/Regalías				
			Ingresos por Intereses/Dividendos				
			Acuerdo Seguro/Demanda Recibida o Esperada				
			Otros _____				

<b>INFORMACIÓN SOBRE BENEFACTOR:</b> ¿Algún extranjero/refugiado que vive en su vivienda tiene algún benefactor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica En caso <i>afirmativo</i> , llene la siguiente tabla:			
Persona Auspiciada	Nombre del Benefactor	Dirección del Benefactor	No. de Teléfono del Benefactor

**Llene esta página si está solicitando beneficios de Dinero en Efectivo, Cupones de Comida, Cuidado de la Salud o Cuidado de Niños.**

<b>INGRESO DEVENGADO e INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO:</b> ¿Algún miembro del grupo familiar (incluyendo niños) está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso <i>afirmativo</i> , llene la siguiente tabla: (vea la siguiente pregunta si tiene trabajo por cuenta propia.)								Para Uso Exclusivo de la Agencia
Nombre y Cargo	Nombre, Dirección y Teléfono y del Empleador	Sueldo/ Salario por horas	Valor Propinas/ Comisiones	Horas por Semana	Frecuencia de Pago	Días del mes/ semana pagados	Fecha del Siguiete o primer cheque de pago	

<b>TRABAJOS POR CUENTA PROPIA:</b> ¿Algún miembro del grupo familiar (incluyendo niños) tiene trabajo por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso <i>afirmativo</i> , llene la siguiente tabla:				
Nombre	Nombre y Clase de Negocio	Horas Trabajadas por Semana	Ingreso Total Bruto por Mes	Gastos Totales Mensuales del Negocio

<b>HISTORIA LABORAL:</b> ¿Algún miembro del grupo familiar ha renunciado a un empleo en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Llene la información en la siguiente tabla con respecto a los últimos <u>12 meses</u> , empezando por su trabajo más reciente (incluya a todos los miembros del grupo familiar). Si es necesario, utilice la última página de la solicitud para incluir más información.						
Nombre	Nombre, Dirección y Teléfono del Empleador	Salario por Hora	Horas por Semana	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Razón de Renuncia
Si algún miembro del grupo familiar tiene habilidades de trabajo especializadas o alguna capacitación, por favor explique: _____ _____						

**Llene esta página si está solicitando Beneficios para Cuidado de Niños.**

<b>CUIDADO DE NIÑOS:</b> Razones por las cuales necesita cuidado de niños: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Capacitación / Escuela <input type="checkbox"/> Otros Si actualmente no está utilizando el cuidado de niños, a partir de qué fecha espera empezar a hacerlo? _____ Enliste abajo los tiempos en que necesitará el cuidado de niños para cada niño.					Para Uso Exclusivo de la Agencia
<b>Nombre del Niño</b>					
<b>Niño(a) asiste a la Escuela?</b> ¿Si la respuesta es <i>afirmativo</i> , escriba el grado y el nombre de la escuela.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Nombre y Dirección del Proveedor</b>					
<b>Horas que es requerido el Cuidado de Niños. Por ejemplo, 3:00 p.m. a 5:15 p.m. No incluya el tiempo de desplazamiento.</b>					
<b>Lunes</b>					
<b>Martes</b>					
<b>Miércoles</b>					
<b>Jueves</b>					
<b>Viernes</b>					
<b>Sábado</b>					
<b>Domingo</b>					
<b>Número Total de Horas por Semana</b>					
<b>¿Cuánto está pagando actualmente por Cuidado de Niños?</b>					

**Llene esta página si está solicitando beneficios de Dinero en Efectivo y Cupones de Comida.**

<b>GASTOS:</b> ¿Tiene su grupo familiar alguno de los siguientes gastos? <u>Marque Sí o No en cada punto y anote las cantidades.</u>						Para Uso Exclusivo de la Agencia
<b>Gastos Actuales</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Valor Total</b>	<b>Valor que Usted Paga</b>	<b>Frecuencia de Facturación</b>	
Renta/Renta de Terreno/Hipoteca (Encierre una en un círculo) <b>Escriba el Nombre, Dirección y Teléfono de la persona a la cual le paga renta</b>						
Impuestos Sobre los Bienes (no incluidos en la Hipoteca)						
Seguro Sobre la Vivienda Propia (no incluido en la Hipoteca)						
Electricidad ( <b>Nombre de la Empresa</b> )						
Gas / Propano ( <b>Nombre de la Empresa</b> )						
Si usted paga calefacción o aire acondicionado, ¿desea usted utilizar la Concesión Estándar para Servicios Públicos?						
¿Recibe usted la Ayuda de Energía para Personas de Bajos Ingresos (LIEAP)?						
Agua / Alcantarillado						
Recolección de Basura						
Teléfono						
Manutención de Niños / Pensión Alimenticia. ¿Para quién es la Manutención de Niños/Pensión Alimenticia?						
Cuidado de Niños. <b>Escriba Nombre(s) y Dirección(es) de Proveedores:</b>						
Gastos Médicos (Incluya únicamente personas de 60 años o más o quienes reciben beneficios de discapacidad. Incluya las primas de seguros de salud.)						
¿Alguien le ayuda a usted a pagar los gastos anteriores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso <i>afirmativo</i> , por favor enumere cuales gastos, quien los está pagando y cuanto está pagando. _____						

¿Usted compra y prepara (o comparará y preparará) alimentos por separado de otra persona de su grupo familiar?  
 Sí  No En caso *afirmativo*, escriba los nombres de los que compran y preparan comida por separado de usted.

### EL SOLICITANTE DEBERÁ LEER Y FIRMAR ABAJO

- Entiendo las preguntas incluidas en esta solicitud y entiendo las penalidades por esconder o dar información falsa, y los derechos y responsabilidades conforme fueron declaradas en esta solicitud y explicadas por el personal del SRS.
- Certifico, bajo pena de perjurio, que mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender.
- Certifico que, excepto por extranjeros ilegales que solicitan asistencia médica de emergencia, todos los miembros de mi grupo familiar para los cuales estoy solicitando asistencia son ciudadanos de los EE.UU. o son extranjeros con estado migratorio legal.
- Entiendo que la información necesaria para determinar la elegibilidad puede ser verificada contactando a funcionarios federales, estatales o locales, empleados, proveedores médicos u otras entidades u organizaciones financieras.
- Entiendo que en el caso de cupones de comida, el hecho de no reportar o verificar algún gasto del grupo familiar significa que no seré elegible para la deducción de dichos gastos.
- Entiendo que si yo recibo beneficios de cuidado de la salud después de los 54 años de edad o mientras me encuentre en un acuerdo de servicios institucionales o Servicios Básicos de Hogar y la Comunidad, se puede presentar una demanda contra mí bienes para recuperar los gastos médicos realizados a mi nombre. Entiendo que mis instituciones financieras serán notificadas sobre cualquier reclamación pendiente.
- Acepto notificar a la oficina local del SRS sobre cualquier cambio en ingresos, recursos, composición del grupo familiar, dirección o condiciones de vivienda, disposiciones para el cuidado de niños que puedan afectar el monto de asistencia o mi derecho para recibir asistencia.
- Yo y todas las personas para quienes estoy solicitando ayuda acordamos entregar al SRS todo el apoyo de pensión alimenticia y/o manutención de niños correspondiente a todos los miembros de mi grupo familiar que reciban ayuda de dinero en efectivo.
- Yo y todas las personas para quienes estoy solicitando ayuda acordamos entregar al SRS cualquier pago de apoyo médica correspondiente a todas las personas que estén recibiendo beneficios de cuidado de la salud.
- Mi firma abajo autoriza la utilización de mi (nuestro) número de seguro social para administrar cualquier programa (incluyendo el programa de Cumplimiento de la Manutención de Niños) para el cual yo haya solicitado.
- Entiendo que si es requerido, yo y cualquier otra persona para la cual yo esté solicitando o esté recibiendo ayuda debemos cooperar con los requerimientos de empleo y que el no hacerlo puede resultar en la no elegibilidad para los beneficios.
- Autorizo para que mi nombre y los nombres de las personas incluidas en mi caso, nuestra dirección, número telefónico y estado de elegibilidad sean proporcionados a proveedores de servicios médicos y a departamentos de salud locales para que me puedan informar sobre los servicios que proporcionan.  Sí  No

### AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Mi firma en esta solicitud autoriza a empleadores, proveedores de cuidado de niños, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias, a revelar al Departamento de Servicios Sociales y de Rehabilitación de Kansas, cualquier información, incluyendo información confidencial, que sea necesaria para establecer mi elegibilidad para recibir beneficios o para administrar cualquier programa (incluyendo el programa de Cumplimiento de la Manutención de Niños) que yo haya solicitado. Autorizo a los proveedores médicos a revelar información médica al Departamento del SRS, al Departamento de Servicios Humanos y de Salud de EE.UU., empresas de seguros y otros proveedores médicos contratados. Además autorizo al SRS a compartir la información médica para propósitos administrativos con otras agencias y contratistas. Toda la información proporcionada en esta solicitud está protegida por las leyes federales y estatales de confidencialidad. Esta revelación es válida a partir de la fecha abajo especificada y será válida hasta sea revocada por escrito por el suscrito. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

1. \_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

2. \_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge del Solicitante o de Otros Adultos del grupo familiar

\_\_\_\_\_  
Fecha

3. \_\_\_\_\_  
Firma del Primer Testigo si "X" es Utilizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

4. \_\_\_\_\_  
Firma del Segundo Testigo si "X" es Utilizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

5. \_\_\_\_\_  
Firma del Guardián Designado por la Corte

\_\_\_\_\_  
Fecha

## INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTES DE KANSAS

Solicitar el registro de votante o negarse a registrarse para votar no afectará la asistencia o los servicios que le proporcionará esta agencia. Si usted no está registrado para votar en el lugar donde vive hoy, ¿le gustaría solicitar el registro de votante aquí el día de hoy?

SI       NO       Ya estoy registrado en el lugar donde vivo ahora

*Si usted no marca ninguna casilla, se juzgará que usted ha decidido no registrarse para votar en este momento. Si usted decide no registrarse para votar, este hecho permanecerá confidencial. Si usted se registra para votar, la oficina donde su solicitud fue presentada permanecerá confidencial y podrá ser utilizada únicamente para fines de registro de votantes.*

Si usted quiere nuestra ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de votantes, nosotros se la proporcionaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Si usted llena una solicitud de registro de votante, ésta será enviada al oficial de elecciones de su condado, quien le informará en cual distrito se encuentra y donde debe votar. Usted puede también ser contactado si llegan a surgir preguntas acerca de su formulario de solicitud de registro de votantes.

*Si usted considera que alguien ha interferido con su derecho para registrarse o negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad o a decidir si se registra o para solicitar el registro de votante, o su derecho para escoger su propio partido político o preferencia política, usted puede presentar una queja con:*

El oficial de elecciones de su distrito, Oficina de la Secretaría del Estado, o llame al 1-800-262-VOTE (8683) para recibir más información.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### INFORMACIÓN ADICIONAL