

Instrucciones para el Documento Especial de Determinación de Elegibilidad

El objetivo de este formulario es de recoger la información que necesitamos para determinar si usted es elegible para recibir ayuda del Departamento de Servicios Sociales.

Este formulario se puede usar únicamente en casos en que viva en la casa una sola persona o una pareja casada que esté solicitando Suplemento Estatal, Medicaid, Cupones para Alimentos, Asistencia General Administrada por el Estado (SAGA), o Programas de Cuidado en el Hogar para los Envejecientes. Casas en las que vivan más de dos personas o que incluyan niños dependientes deberán de utilizar el formulario W-1ES "Documento de Determinación de Elegibilidad" para solicitar ayuda. Si está solicitando Cupones para Alimentos solamente, es mas facil de usar la forma W-1FOOD "Solicitud para Beneficios de Cupones para Alimentos Solamente".

Si usted no es un ciudadano y está solicitando Medicaid de Emergencia, usted no tiene que proporcionar su número de Seguro Social o estado de ciudadanía.

A menos que se le instruya de otra manera, asegúrese de contestar todas las preguntas en el formulario. Conteste cada pregunta lo mejor que pueda. Si la contestación a una pregunta es no, escriba o indique "NO" en el formulario. Si la contestación a una pregunta es sí, escriba o indique "Sí" y dé los detalles en el espacio provisto. Sus contestaciones deben de ser completas y correctas, para poder procesar adecuadamente su Documento Especial de Determinación de Elegibilidad.

Si usted no puede hacer algo que le estamos pidiendo hacer por su incapacidad, usted puede pedir acomodación o asistencia especial. Podemos utilizar diferente métodos para completar su solicitud. Por ejemplo, podemos completar su solicitud por teléfono si usted no puede venir a la oficina, tal vez podamos ayudarle en obtener ciertas verificaciones, o darle tiempo adicional para que pueda proveer la información requerida. Si no estamos de acuerdo en proveerle acomodación o asistencia especial, usted puede presentar una queja al departamento con el coordinador del Acta de Americanos con Incapacidades (ADA) siglas en ingles "Americans with Disabilities Act". Vea la página 14 sobre como hacer una queja.

Usted también puede tener a otra persona solicitar asistencia de Cupones para Alimentos para usted u obtener una tarjeta EBT para comprar sus alimentos. Otra persona puede ayudarle a completar el formulario. En caso que otra persona le ayude, asegúrese que el ayudante firme y ponga la fecha en la última página del formulario. Usted también tiene que firmar y poner la fecha en el formulario.

El(los) programa(s) por el que está aplicando requiere que usted tenga una entrevista personal. Su entrevista es programada para el _____ a las _____. Complete este formulario y tráigalo consigo a la entrevista.

Envíe o traiga su formulario de aplicación completado a esta oficina no más tardar del _____. Si trae este formulario, asegúrese de primero llamar a su trabajador/a para una cita.

Sírvase traer o enviar las pruebas requeridas con el formulario de aplicación. Sin embargo, si no tiene todas las pruebas, haga el favor de mantener su cita o envíe el formulario antes de la fecha limite con cualquier información que tenga. Si no asiste a su entrevista, el departamento no programará una segunda cita automáticamente. Usted tendrá que comunicarse con el departamento para volver a programar una cita.

SI TIENE ALGUNAS PREGUNTAS, SIRVASE LLAMAR A SU TRABAJADOR/A DE ELEGIBILIDAD, _____,
EN _____.

Para los solicitantes de Cuidados en el Hogar: Usted tiene que llamar nuestra Unidad de Cuidado Alterno al 1-800-445-5394 para ser evaluado para Servicios de Cuidado en el Hogar antes de completar esta solicitud. Si usted resulta ser elegible, también procesaremos este formulario como una solicitud para Medicaid.

ESTA INFORMACION ESTA DISPONIBLE EN DIFERENTES FORMAS. TELEFONO (800) 842-1508 O TDD/TTY (800) 842-4524.

DIRECCION DE LA OFICINA

(Véase el Revés para Información sobre las Pruebas Requeridas y Límites de Tiempo de Procesamiento)

Cierta información que usted dio en su Documento Especial de Determinación de Elegibilidad tiene que ser verificada antes que el departamento pueda conceder asistencia. La lista que sigue le dará una idea de los documentos que pueden ser usados como prueba de sus declaraciones.

Miembros de Casa - Las formas aceptables de prueba incluyen un certificado de nacimiento, fe de bautismo u otros documentos verificando las fechas de nacimiento y relaciones, papeles de matrimonio y divorcio, verificación de asistencia a la escuela para hijos mayores de 18 años.

Ingresos - Puede suministrar copias de talonarios de paga, declaración de impuestos o archivos de contabilidad de miembros de la casa que trabajan por cuenta propia, copias de cheques de la fuente de ingresos, una carta de concesión o una declaración firmada de la persona o de la fuente de cualquier ingresos.

Bienes - Puede usar como prueba libretas de depósitos, extractos de cuenta, acuerdos de fideicomiso, copias de títulos/bonos/bonos de ahorro de los EE. UU., pólizas de seguro de vida, carta de una institución financiera, copias de matrículas de automóvil, de escrituras o de acuerdos jurídicos.

Gastos de Albergue y Utilidades - Estos pueden probarse dándole a su trabajador/a su más reciente recibo de alquiler, una copia de su contrato de arrendamiento, copia de su cuenta de utilidades, una carta de su propietario, una copia de la cuenta de su hipoteca, una copia de su impuestos de propiedad o una copia de su seguro de hipoteca.

Seguro Médico y Gastos - Pólizas de seguro médico, tarjetas médicas y copias de las cuentas del doctor pueden ser usadas para probar estos gastos.

Gastos de Sustento de Menores - Usted puede proveer una copia de la orden de la corte para probar la obligación legal de pagar por sustento de menores y la cantidad obligada. Formas aceptables de prueba de sus pagos actuales incluyen documentos tales como cheques cancelados, declaraciones de salario retenidos, o una declaración del padre custodio como la cantidad mensual que usted paga en sustento de menores o el sustento de menores que es esperado a ser pagado dentro del período de certificación.

Estudiantes - Pruebas aceptables son tales como una carta de verificación de la escuela, firmada (W-1446), una copia de un boletín de notas reciente (menos de 30 días) o una declaración de algún oficial de la escuela.

Otros - _____

SERVICIO ACELERADO, BENEFICIOS DE EMERGENCIA Y LIMITE DE TIEMPO DE PROCESAMIENTO

Tenemos que hacer una determinación de elegibilidad dentro de ciertos límites de tiempo. Si usted está haciendo una aplicación para pagos de dinero o para asistencia médica bajo un programa de Asistencia Pública, tenemos que decidir si usted califica y, si usted es elegible, distribuir beneficios dentro de 45 días, a menos que esté aplicando para beneficio por incapacidad física. En tal caso tenemos que decidir y, si usted es elegible, distribuir beneficios dentro de 90 días.

Con aplicaciones de Cupones para Alimentos tenemos que decidir si usted es elegible, distribuir beneficios dentro de 30 días. Si su situación es tal que no tiene ningunos, o casi ningunos ingresos o bienes, tenemos que decidir si califica y suministrarle servicio acelerado para beneficios de Cupones para Alimentos dentro de siete días. Usted también puede calificar por SERVICIO ACELERADO de beneficios para Cupones para Alimentos si sus gastos mensuales de hospedaje son más que su ingreso bruto y bienes, o si usted es un inmigrante indigente o un trabajador de finca por temporada.

Para solicitudes de Asistencia General Administrada por el Estado (SAGA), nosotros debemos decidir si usted califica y, si usted es elegible, emitir beneficios en efectivo dentro de 10 días y beneficios médicos dentro de 45 días. Si usted califica para alimentos y asistencia médica de emergencia, nosotros debemos emitir beneficios dentro de 4 días.

Si usted necesita alimentos o asistencia médica antes de que nosotros decidimos si usted califica para beneficios, o si sus circunstancias son tales que usted está en una SITUACION DE EMERGENCIA y sus necesidades no son satisfechas por otra fuente, comuníquese con su trabajador de elegibilidad. Ejemplos de estas situaciones de emergencia incluyen circunstancias donde hay una necesidad inmediata para tratamiento médico y usted no tiene tarjeta médica, o no tiene dinero y algún perjuicio serio puede resultar.

Si sabemos de su emergencia, podemos darle prioridad a su aplicación para decidir si usted califica. Cada oficina tiene su representante de clientes, él/la que trabajará con su trabajador/a de elegibilidad en situaciones de emergencia, o para asegurar que usted reciba beneficios rápidamente, si es posible. Sin embargo, no podemos darle beneficios hasta que tengamos toda la información necesaria para poder decidir que usted realmente califica.

Si necesita ayuda jurídica con su aplicación, comuníquese con su oficina de asistencia legal al "Statewide Legal Services" en 1-800-453-3320.

El Departamento de Servicios Sociales Ofrece Matricula Electoral

El departamento desea que usted tenga la oportunidad de participar en el proceso político.

El Congreso pasó el Acta Nacional de Matricula Electoral (NVRA) de 1993 para facilitar el obtener y registrar la aplicación para la matricula electoral. El Departamento de Servicios Sociales puede ayudarle a matricularse para votar. Es por eso que le pedimos que conteste las preguntas en la página siguiente. Estas preguntas nos indicarán si usted ya está matriculado para votar. Por favor complete éste formulario y devuélvalo con el formulario de su aplicación.

Si usted no se ha matriculado para votar, puede aplicar para matricularse en éste departamento. Usted necesita llenar una aplicación para matricularse. Nosotros le enviaremos un formulario para matricularse con ésta aplicación o su trabajador le dará un formulario. Si usted no ha recibido una aplicación para matricularse para votar, por favor comuníquesele a su trabajador. Su trabajador le dará un formulario.

DECLINACION A REGISTRARSE PARA VOTAR

Los Estatutos Generales de Connecticut Sec. 9-23o dice que la oficinas del estado que se ocupan de los Cupones para Alimentos, Medicaid, WIC, Asistencia Familiar Temporal, y oficinas que proveen programas financiados por el estado dedicados primeramente a proveer servicios a personas con incapacidades debe proveer a los individuos la oportunidad de registrarse para votar. Este formulario debe ser llenado con cada aplicación para servicios o ayuda, y con cada formulario para re-certificación, renovación, o cambio de dirección relacionado con el servicio.

Si no esta registrado para votar donde usted vive, ¿le gustaría aplicar hoy para registrarse para votar?

Sí No Declino debido a que ya estoy inscrito para votar

SI USTED NO MARCA UN CUADRITO, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR POR LO PRESENTE.

Aplicar para registrarse o declinar la matricula **no** le afectará la ayuda que le prestará ésta agencia.

Si quisiera recibir ayuda llenando el formulario de la aplicación para la matricula electoral, nosotros le ayudaremos. La decisión de aceptar o rechazar la ayuda es suya.

- Si esta aplicando en persona, puede llenar la aplicación en privado.
- Si esta aplicando por correos, llame a su trabajador. **Se incluye una nota con el nombre y número telefónico de su trabajador.**

Si usted llena y firma la aplicación para la matricula electoral, usted puede:

- Dejarla con su trabajador,
- Mandarla por correo en el sobre adjunto o
- Mandarla por correo directamente al director de la matricula electoral en su ayuntamiento.

Declinar la matricula electoral y la oficina en particular en donde usted se registró para votar permanecerá en estado confidencial y solamente será usado para propósitos relacionados con la matricula electoral.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

Solamente para Uso de la Agencia

Formulario de la Matricula Electoral Llenada: Sí No Ya Registrado

Formulario de la Matricula Electoral dada al aplicante para ser enviada por correos posteriormente (por pedido del aplicante)

Nombre del Personal de la Agencia _____

Firma del Personal de la Agencia _____

Fecha _____

(Corte por aquí y guarde)

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o de declinar la matricula electoral, su derecho a la privacidad en decidir si registrarse o aplicar para registrarse para votar, o su derecho a elegir su partido político u otra preferencia política, usted puede registrar una queja con la Comisión de Sanción Electoral:

State Elections Enforcement Commission, 20 Trinity Street, Hartford CT 06106,
Teléfono: (860) 566-7106; TDD: 1-(800) 842-9710

APLICACION 2ª PARTE: DOCUMENTO ESPECIAL DE DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD

Para Uso del Trabajador Solamente	Worker ID	Programs Applied For/Receiving	Assistance Unit Number(s)	Application Date											
<p>Conteste las siguientes preguntas honestamente y completamente. La falta de dar información correcta y completa puede resultar en la denegación de asistencia y acción judicial. Favor de escribir todas las respuestas con letras de imprenta.</p>															
<p>¿Qué clase de ayuda necesita? (indique los que apliquen)</p> <p> <input type="checkbox"/> Asistencia de Dinero <input type="checkbox"/> Ayuda con Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Otra (explique) _____ <input type="checkbox"/> Cupones para Alimentos <input type="checkbox"/> Ayuda con Gastos de Cuidado en Clínica o en Casa de Reposo o en el Hogar </p>															
<p>¿Está usted o cualquier miembro de su casa recibiendo asistencia ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿de qué programa(s)? Indique los números de identificación.</p>															
<p>¿Necesita usted una acomodación razonable o ayuda especiales, debido a incapacidad, para completar su aplicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cual tipo de ayuda especiales necesita usted? _____</p>				<p>¿Qué idioma habla usted mejor?</p>											
NOMBRE Y DIRECCION															
Nombre	Inicial	Apellido	De Soltera(o)	Número de Teléfono Su # Mensaje #											
¿Dónde vive?	Número	Calle	Núm. de Apartamento	Núm. de Piso Ciudad Estado Código Postal											
¿Adónde se envía su correo si es diferente de lo de arriba?	Número	Calle	Núm. de Apartamento	Núm. de Piso Ciudad Estado Código Postal											
Direcciones Anteriores															
Si ha vivido aquí menos de 36 meses, indique sus direcciones anteriores durante este tiempo.															
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Fechas</th> <th rowspan="2">¿Era esta la casa de un miembro de la familia?</th> </tr> <tr> <th>De</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table>		Fechas		¿Era esta la casa de un miembro de la familia?	De	Hasta	1		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fechas		¿Era esta la casa de un miembro de la familia?													
De	Hasta														
1		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
2		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
REPRESENTANTE AUTORIZADO															
<p>¿Desea usted escoger un Representante Autorizado para actuar en su nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está haciendo esta aplicación como representante de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesto "Sí" a cualquiera de las dos preguntas, complete la sección de abajo.</p>															
<p>Clase de Representante:</p> <p> <input type="checkbox"/> Representante Autorizado <input type="checkbox"/> Hospitales/Facilidades para Tratamiento de Abuso de Substancia <input type="checkbox"/> Conservador <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Abogado(a) de Poderes </p>			Nombre y Apellido de Representante												
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				Número de Teléfono											

Sírvase leer las siguientes instrucciones antes de llenar el resto de esta forma.

Si usted solicita los Programas de Suplemento Estatal, Medicaid, Asistencia General Administrada por el Estado (SAGA), Cupones para Alimentos o Programas de Cuidado en el Hogar, ponga su nombre como el primer miembro de su casa y lugar el de su esposo(a) si él/ella vive con usted.

Sí está solicitando CUPONES PARA ALIMENTOS SOLAMENTE, usted puede usar la forma "W-1FOOD" porque es mas facil de llenar.

Finalmente, si usted no es un ciudadano, usted debe incluir su patrocinador y el esposo(a) de su patrocinador como si ellos son miembros de su hogar, aún si ellos no viven con usted.

Si no está seguro a quién debe de enumerar, llame a su trabajador(a).

MIEMBROS DE LA CASA						-PARA USO DEL TRABAJADOR SOLAMENTE-
No está obligado de dar información sobre raza u origen étnico; sin embargo, su cooperación ayudará a determinar el cumplimiento con las leyes federales sobre derechos civiles. Si no desea dar esta información, esto no afectará de ninguna manera a la consideración de su aplicación. Estamos autorizados de pedir esta información bajo el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964.						
1	Nombre y Apellido	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación con Ud. YO MISMO	Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento (opcional si usted no está solicitando para usted mismo)
Nombre y Dirección de la Escuela o Programa de Entrenamiento				Número(s) de Seguro Social (opcional si usted no está solicitando para usted mismo)		
¿Es usted uno de los siguientes? (indique los que apliquen) <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> De Huelga <input type="checkbox"/> Asistiendo a Cuidado Diurno <input type="checkbox"/> Ciego/de Vista Deteriorada <input type="checkbox"/> De Oído Deteriorado <input type="checkbox"/> Encinta: Fecha de Parto: _____						
Estado Civil (indique uno): <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo						
¿Es usted Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Origen Racial (indique los que apliquen): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Descendiente Africano <input type="checkbox"/> Americano Nativo o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Otro Isleño del Pacifico						
¿Si usted está entre las edades de 16 a 65 años, está usted ahora disponible para trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es No, favor de explicar:						
2	Nombre y Apellido	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación con Ud.	Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento (opcional si usted no está solicitando por esta persona)
Nombre y Dirección de la Escuela o Programa de Entrenamiento				Número(s) de Seguro Social (opcional si usted no está solicitando por esta persona)		
¿Es esta persona uno de los siguientes?(indique los que apliquen) <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> De Huelga <input type="checkbox"/> Asistiendo a Cuidado Diurno <input type="checkbox"/> Ciego/de Vista Deteriorada <input type="checkbox"/> De Oído Deteriorado <input type="checkbox"/> Encinta: Fecha de Parto: _____						
Estado Civil (indique uno): <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo						
¿Es usted Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Origen Racial (indique los que apliquen): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Descendiente Africano <input type="checkbox"/> Americano Nativo o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Otro Isleño del Pacifico						
¿Si esta persona está entre las edades de 16 a 65 años, están ellos ahora disponibles para trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es No, favor de explicar:						

MIEMBROS DE LA CASA (CONTINUADO)

-PARA USO DEL
TRABAJADOR SOLAMENTE-

¿Si usted está solicitando la Asistencia General Administrada por el Estado (SAGA), Ayuda de Suplemento Estatal o Cupones para Alimentos, ha sido usted, o su esposo(a), alguna vez condenado(s) de una felonía? Sí No Si es Sí, favor de contestar las siguientes preguntas sobre los miembro de la casa. ¿Hay un cargo de felonía actual contra usted o su esposo(a)? Sí No

Nombre _____ ¿Esta usted huyendo de las autoridades? Sí No Si es Sí, por favor explique.

¿Está usted en libertad provisional? Sí No Si es Sí, ¿está usted en violación de su libertad provisional? Sí No Si es Sí, por favor explique.

¿Ha sido usted declarado culpable de una felonía relacionada con droga desde 8/22/96? Sí No
Si es Sí, ¿ha completado usted la sentencia impuesta por la corte? Sí No
¿Está usted cumpliendo con sus requisitos de probación? Sí No
¿Está usted en el proceso de completar o ha usted completado la participación en un tratamiento de abuso de substancia o un programa supervisado? Sí No Si es Sí, por favor explique.

¿Vive otra persona con usted, fuera de su esposo(a)? Sí No Si es Sí, complete la sección de abajo:

Nombre	Parentesco con Ud.	Indique si esta persona:		Cantidad que paga
		<input type="checkbox"/> Comparte los gastos	<input type="checkbox"/> Paga por cuarto y comidas	\$ _____ por _____
		<input type="checkbox"/> Compra y cocina las comidas con Ud.	<input type="checkbox"/> Solamente paga por el cuarto	
		<input type="checkbox"/> Comparte los gastos	<input type="checkbox"/> Paga por cuarto y comidas	\$ _____ por _____
		<input type="checkbox"/> Compra y cocina las comidas con Ud.	<input type="checkbox"/> Solamente paga por el cuarto	

Si usted o su esposo(a), está solicitando los beneficios y no es un ciudadano, por favor dé la siguiente información. Usted no necesita completar esta sección si usted está solamente solicitando ayuda Médica de Emergencia:

Nombre del Miembro de la Casa	País de Origen	Fecha de Entrada en: EE.UU. CT	Estado (Residente Permanente, Refugiado, etc.) y Número de Registro	Nombre, Dirección y Parentesco del Patrocinador y la Fecha en que la Declaración Jurada Fue Firmada

Si usted, o su esposo(a), es veterano o esposo(a), viudo(a) o hijo(a) de un veterano, sírvase dar la siguiente información::

Nombre del Miembro de la Casa	Nombre del Veterano	Parentesco con el Veterano	Número de Servicio Militar	Número de Reclamación de Veterano

MIEMBROS DE LA CASA (CONTINUADO)

-PARA USO DEL
TRABAJADOR SOLAMENTE-

¿Está usted, o su esposo(a), anticipando recibir alguna herencia? Sí No Si es Sí, indique la cantidad \$ _____

¿Quién anticipa recibir esta herencia? _____

¿De los bienes de quién vendrá esta herencia? _____

¿Está usted, o su esposo(a), demandando a alguien? [Incluya pleito(s) debido a un accidente.] Sí No En caso afirmativo, dé la siguiente información: la persona envuelta, la razón del pleito, cantidad anticipada del arreglo, nombre y dirección de su abogado.

¿Durante los últimos 12 meses estaba usted o su esposo(a) involucrado en un accidente relacionado al trabajo, automóvil, u otro tipo de accidente que requirió atención médica? Sí No Si fue así, ¿cuándo ocurrió el accidente? Por favor describa lo que pasó.

SEGURO MEDICO

Indique si usted, o su esposo(a), está protegido por uno de los siguientes seguros.

Clase de Seguro	Usted	Esposo(a)	Número de Póliza/ Reclamación	Fecha de Vigencia	Nombre(s) de la(s) Compañía(s) de Seguros	Cantidad de la Prima
Medicare Parte A – ¿hospital?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Medicare Parte B – ¿médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Otro seguro de médico/hospital, tal como Blue Cross/ Blue Shield, Health Maintenance Organization (HMO) o protección por la unión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Seguro de Cuidado por Largo-Período (cobertura que pagará específicamente por cuidado en una clínica de ancianos, cuidado diurno para adultos, cuidado viviente a incapacitados o cuidado en el hogar y es un seguro separado del seguro médico/hospital)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

¿Si es Sí, es su póliza de Cuidado por Largo-Período aprobado bajo la Asociación de Connecticut para el programa de Cuidado por Largo-Período "Connecticut Partnership for Long-Term Care" programa (la primera página de la póliza indicará si la póliza es aprobada bajo la Asociación de Connecticut y provee Protección de Bienes del Medicaid)? Sí No

Si indicó "Sí" por algún seguro fuera de Medicare, tiene que completar el formulario W-1685, la que tiene preguntas más específicas sobre seguro médico.

¿Ha recibido usted, o su esposo(a), servicios de hospital, de doctor, u otros servicios médicos durante los últimos tres meses, los que no fueron pagados? Sí No

¿Tiene usted, o su esposo(a), algunas otras cuentas médicas que está pagando? Sí No

INFORMACION SOBRE PARIENTES LEGALMENTE RESPONSABLES

-PARA USO DEL
TRABAJADOR SOLAMENTE-

Indique su padre y madre si no está viviendo con ellos y usted tiene menos de 18 años de edad.

Nombre del Padre o de la Madre Ausente	Nombre del (de los) Niño(s)	Dirección del Padre o de la Madre	Fecha padre dejó el hogar	¿Está usted recibiendo dinero de esta persona?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Complete los siguiente si es casado(a) y su esposo(a) no vive con usted:

Nombre del Esposo(a)	Dirección	Fecha de la Separación

BIENES

Infórmenos sobre los bienes que usted o su esposo(a) posee. También infórmenos sobre cualquier bienes que lleven su nombre, o el nombre de su esposo(a), aún si estos bienes no le pertenecen. Conteste cada sección numerada. Complete cada sección donde contesto "Sí".

1. DINERO EN EFECTIVO (Dinero que no esté en una cuenta) Sí No

Nombre	Cantidad	Nombre	Cantidad
	\$		\$

2. CUENTAS DE BANCO O COOPERATIVA DE CREDITO Sí No Indique cuentas de ahorros, de cheques, C.D., I.R.A., de vacación, club de navidad, de entierro, o cualquier otro tipo de cuenta. Incluya cuentas conjuntas y de fideicomiso en su nombre o en el nombre de su esposo(a), aun si el dinero no es suyo o de ellos. También, incluya cuentas, como esas para niños, aguantadas en fideicomiso para usted o su esposo(a).

Nombre	Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Crédito	Número de Cuenta	Saldo
			\$
			\$
			\$
			\$

3. POLIZAS DE SEGURO DE VIDA/BENEFICIOS DE MUERTE (Incluya pólizas de grupo) Sí No

Nombre	Nombre y Dirección de la Compañía	Número de Póliza	Valor Nominal
			\$
			\$

BIENES (CONTINUADO)

4. ANUALIDADES/FONDOS DE FIDEICOMISO/LAS SOCIEDADES LIMITADAS Sí No

Nombre	Nombre y Dirección de la Compañía	Número de Cuenta	Cantidad
			\$

5. TITULOS/FONDOS MUTUOS/BONOS/BONOS DE AHORRO DE LOS EE.UU. Sí No Para títulos y fondos mutuos, identifique el dueño, nombre del título, cantidad de acciones y su valor. Para bonos, identifique el dueño, tipo de bono, número de serie, fecha de compra y denominación.

6. CONTRATO DE ENTIERRO PAGADO POR ANTICIPADO Sí No

Nombre	Nombre y Dirección de Funeraria	Cantidad
		\$

Vehículos Motorizados

¿Tiene usted, o su esposo(a), un automóvil, camión, barco, caravana, vehículo de recreo, remolque, motocicleta u otro vehículo registrado o listado en su nombre o el de ellos (incluya vehículos no registrados)? Sí No En caso afirmativo, complete la siguiente sección:

Nombre del Dueño	Tipo de Vehículo	Año	Marca	Modelo	Millaje	Número de Licencia	Cantidad que Debe
							\$
							\$

Bienes Inmuebles

¿Tiene usted, o su esposo(a), bienes inmuebles (incluya casa, terreno, y propiedad la cual usted no la vive)? Sí No Si usted está solicitando por SAGA o Suplemento Estatal, es dueño(a) su esposo(a) de cualquier propiedad (incluya casa, terreno, y propiedad la cual ellos no la viven)? Sí No Si es Sí a cualquiera de las dos preguntas, favor de dar la siguiente información:

1 Dueño(s) Ubicación (Calle, Ciudad, Estado)

Se trata de: terreno solamente casa de una familia casa de dos familias otro (indique _____)

2 Dueño(s) Ubicación (Calle, Ciudad, Estado)

Se trata de: terreno solamente casa de una familia casa de dos familias otro (indique _____)

¿Tiene usted, o su esposo(a), el uso de los bienes inmuebles por vida? Sí No

Otros Bienes

¿Tiene usted, o su esposo(a), otros bienes no indicados arriba (por ejemplo, el contenido de una caja de seguridad, hipoteca pagadera a usted, joyas, pieles, pinturas, etc.)? Sí No En caso afirmativo, identifique el dueño, los bienes y su valor.

Transferencia de Bienes (continuado)

¿Ha usted, o su esposo(a), vendido, trocado, regalado o transferido la propiedad de cualquier vehículo motorizado, cuentas de banco, propiedad de cualquier tipo, títulos, bonos, fondos mutuos o dinero en efectivo durante los últimos treinta y seis meses (o noventa días si solamente solicita Cupones para Alimentos)? Sí No

¿Ha tenido usted bienes transferidos a través de Tribunal Sucesorio "probate court"/Tribunal de Instancias "surrogate courts" en el estado o fuera del estado en los últimos 36 meses? Sí No

Si es Sí a cualquiera de las dos, ¿que se transfirió, se vendió o regaló, a quien, cuando y cuanto en dinero o que fue recibido a cambio de? (Adjunte otra hoja si es necesario.)

¿Ha usted, o su esposo(a), establecido un fideicomiso o dado fondos para un fideicomiso con ingreso o propiedad de cualquier clase dentro de los últimos 60 meses? Sí No Si es Sí, provea detalles adicionales. (Adjunte otra hoja si es necesario.)

¿Ha cerrado usted, o su esposo(a), cualquier clase de cuenta durante los últimos treinta y seis meses (o noventa días si solamente solicita Cupones para Alimentos)? Sí No En caso afirmativo, explique más abajo. Incluya el nombre del banco, la dirección, el número de cuenta y la fecha de cierre.

¿Ha usted, o su esposo(a), vendido o desechado un vehículo motorizado durante los últimos treinta y seis meses (o noventa días si solamente solicita Cupones para Alimentos)? Sí No

INGRESOS

¿Cómo pagó sus cuentas durante los últimos seis meses? Si no tiene ingresos o sus gastos son mayores que sus ingresos ¿cómo paga sus cuentas?

Ingresos Actuales y Previos de Empleo

¿Está usted, o su esposo(a), empleado por jornada completa, parcial o temporalmente? Sí No

¿Trabaja alguien por su cuenta propia? Por ejemplo, ¿tiene alguien algún negocio, cuida a niños, da demostraciones en casa, trabaja en construcción, vende artículos hechos en casa, limpia casas, etc.? Sí No

Si contesto "Sí" a uno u otro de las dos preguntas arriba, complete la siguiente sección. Si una persona tiene más de un empleo, indique cada empleo por separado. Incluya a cualquiera que recibe ingresos de un programa de entrenamiento de trabajo. En caso negativo, indique el último empleo que cada persona tuvo durante el año pasado. Adjunte otra hoja si es necesario.

1	Nombre	Paga antes de Deducciones \$ por	¿Propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad Semanal \$	Horas Trabajadas por Semana	Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación
Nombre y Dirección del Patrón				Razón por Dejar el Empleo		
2	Nombre	Paga antes de Deducciones \$ por	¿Propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad Semanal \$	Horas Trabajadas por Semana	Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación
Nombre y Dirección del Patrón				Razón por Dejar el Empleo		

Ingresos Actuales y Previos de Empleo (continuado)

¿Ha dejado o fue despedido usted, o su esposo(a), de su trabajo en los últimos 90 días? Sí No Si es Sí, indique nombre(s) y razón(es) por haber dejado el trabajo o haber sido despedido.

Nombre	Nombre del patrón anterior	Razón para dejar o despedido

Cuidado de Dependientes

¿Usted, o su esposo(a), le pagan a alguien por cuidados diurno de algún adulto incapacitado o niño para que usted o él/ella puedan trabajar, asistir a entrenamiento o buscar empleo? Sí No En caso afirmativo, complete lo de abajo:

Persona que recibe los cuidados	Cantidad semanal	Nombre y dirección del proveedor de cuidados	Número de teléfono
	\$		
	\$		

¿Paga el Estado o cualquier persona por su cuidado diurno? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto? Cantidad \$ _____

Estudiantes

¿Reside algún estudiante de más de 18 años de edad en su casa (de jornada completa o parcial)? Sí No En caso afirmativo, complete la sección siguiente.

Nombre del estudiante	Escuela o programa	
Fecha anticipada de graduación	Horas semestrales	Matrícula y derechos obligatorios
		\$

¿Esta este estudiante en un plan de comida? Sí No

¿Tiene este estudiante un empleo? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas horas por semana? _____

¿Recibe este estudiante fondos federales para estudiar y trabajar? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas horas por semana? _____

¿Recibe este estudiante concesiones educativas, préstamos y becas, incluyendo trabajo mientras estudia? Sí No En caso afirmativo, tiene que completar el formulario W-1471, el que pide información educacional más específica.

Otros Ingresos

-PARA USO DEL
TRABAJADOR SOLAMENTE-

Marque "Sí" o "No" si usted, o su esposo(a), recibe o ha solicitado dinero de cualquiera de las siguientes fuentes:

- | | |
|--|--|
| <p>1) Sustento para Niños y/o Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2) Seguro Social [los tipos son: Retiro (OA-por edad), Incapacidad, Seguro por incapacidad del Sobreviviente (SDI)] <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3) SSI (Ingreso por seguro suplementario) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4) Compensación por Desempleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>5) Otros beneficios del gobierno (Tipos son: retiro ferroviario, préstamos y becas educacionales, beneficios a veteranos, VA ayuda y asistencia, asignación militar, y subsidio de HUD) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6) Otros beneficios privados: paga por maternidad o enfermedad, pensiones, compensación de trabajador, beneficios de unión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7) Otros ingresos: de títulos, bonos, anualidades alquiler de propiedades, huéspedes, inquilinos, dinero de amigos o de parientes, pensión alimenticia y cualquier otra fuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|--|--|

Si alguien está recibiendo ingresos de cualquiera de las fuentes arriba mencionadas, complete lo siguiente:

Nombre	Tipo de Ingreso	Cantidad/Frecuencia	ID/Número(s) reclamo (opcional si usted no está solicitando por asistencia)
		\$ _____ por _____	
		\$ _____ por _____	
		\$ _____ por _____	
		\$ _____ por _____	

Si usted, o su esposo(a), ha solicitado ingresos de cualquiera de las fuentes arriba mencionadas, complete lo siguiente:

Nombre	Tipo de Ingreso	Fecha de solicitud o reclamo

¿Ha usted, o su esposo (a), recibido la ayuda de dinero en efectivo para su familia de cualquier estado o territorio de E.U. otro que Connecticut desde 10/1/96? Sí No Si es Sí, ¿de qué estado o territorio de E.U.? _____

¿Cuándo? De _____ A _____

¿Ha recibido usted, o su esposo(a), ayuda de otro estado dentro de los últimos 90 días? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de ayuda? Cupones para Alimentos Médico ¿De qué estado? _____

ARREGLO DE VIVIENDA Y GASTOS DE ALBERGUE

-PARA USO DEL
TRABAJADOR SOLAMENTE-

Marque uno de los siguientes encasillados el cual describa más claramente su tipo de arreglo de vivienda:

Tiene casa propia Comparte el alquiler Sin Hogar Alquila un cuarto (con comidas) Otra Facilidad Médica
 Alquila Vive con otra persona y no paga alquiler Alquila un cuarto (sin comidas) Clínica de Ancianos
 Otra (especifique) _____ Facilidad de Hospedaje con Licencia

En caso que marcó "Facilidad de Hospedaje con Licencia" o "Otra Facilidad Médica", no conteste las demás preguntas A-I en esta sección. Si marcó "Clínica de Ancianos", ¿tiene Ud. un esposo(a) en la comunidad? Sí No En caso afirmativo, conteste preguntas A, B, C, D, H y I en esta sección sobre el arreglo de vivienda y gastos de albergue de su esposo(a). Si es No, no conteste las demás preguntas A-I en esta sección.

A. Escriba las cantidades por las que usted es encargado pagar mensualmente por los siguientes gastos:

Alquiler \$ _____ Hipoteca \$ _____ Cuotas de Condominio \$ _____
Impuestos \$ _____ Seguro \$ _____

B. ¿Recibe usted algún tipo de asistencia de renta o vivienda, tales como Sección 8, HUD, o Asistencia de Alquiler del Estado?

Sí No En caso afirmativo, indique la cantidad que **usted paga** al propietario \$ _____.

C. ¿Paga usted por calefacción? Sí No

D. ¿Tiene usted un acondicionador de aire y paga por electricidad? Sí No

E. ¿Su propietario le cobra dinero adicional por calefacción o acondicionador de aire? Sí No

F. ¿Recibió usted un cheque del Programa de Asistencia para Energía durante el año pasado en esta dirección? Sí No

G. ¿Paga usted por cualquiera de las siguiente utilidades: electricidad, gas para cocinar, recogido de basura, agua, alcantarillado, mantenimiento séptico? Sí No

H. ¿Paga usted una factura mensual de teléfono (residencial o celular)? Sí No

I. En caso que arrienda, sírvase dar la siguiente información sobre su propietario:

Nombre y apellido del Propietario	Dirección del Propietario	Número de Teléfono

NECESIDADES ESPECIALES DE ROPA PARA APLICANTES DE SUPLEMENTO (DE ESTADO) ESTATAL

El departamento también podrá ayudarle a usted, o su esposo(a), si no tiene la clase o la cantidad apropiada de ropa.

¿Necesita usted, o su esposo(a), ropa? Sí No

ARREGLOS ESPECIALES DE COMIDA

Complete esta sección SOLAMENTE si usted, o su esposo(a), es ciego, incapacitado o tiene más de 65 años, y está solicitando Suplemento Estatal o asistencia médica.

¿Come usted, o su esposo(a), por lo menos una comida por día en un restaurante? Sí No

¿Tiene usted, o su esposo(a), alguna dieta especial? Sí No En caso afirmativo ¿porque?

DEDUCCION SUSTENTO DE MENORES – PROGRAMA DE CUPONES PARA ALIMENTOS-PARA USO DEL
TRABAJADOR SOLAMENTE-

¿Paga usted, o su esposo(a), sustento para niños, ordenado por la corte, a alguien por un niño(a)(s) que no es miembro de su hogar?
 Sí No Si contesta en el afirmativo, complete una de las secciones que sigue para cada persona a quien usted le paga sustento para niños.

Nombre y dirección de la persona a quien le manda pagos de sustento para niños: *(Si hace pagos a un estado, indíquelo el estado y el número de archivo.)*

Nombre y fecha de nacimiento del niño(a)(s) para quien paga este sustento:

NombreFecha de NacimientoNombreFecha de Nacimiento

¿Cuánto es la cantidad de sustento para niños ordenada por la corte? \$ _____ ¿Cuándo le toca pagar? _____

¿Cuánto paga usted **actualmente** de sustento de menores cada mes? \$ _____ ¿Paga usted por retención de sueldo? Sí No

¿Ha estado usted pagando sustento de menores por tres o más meses dentro de los últimos seis meses? Sí No

¿Están sus pagos de sustento al día? Sí No

¿Esta haciendo pagos para reducir su deuda al Estado por sustento de acuerdo a lo ordenado en corte? Sí No

¿Si contesta en afirmativo, cuánto paga en pagos atrasados? \$ _____ ¿con que frecuencia paga? _____

Nombre y dirección de la persona a quien le manda pagos de sustento para niños: *(Si hace pagos a un estado, indíquelo el estado y el número de archivo.)*

**LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME
PARA TODOS LOS PROGRAMAS**

Yo entiendo y estoy de acuerdo a lo siguiente:

- Acuerdo notificar al Departamento de Servicios Sociales de cualquier cambio de ingresos, bienes o arreglos de vivienda dentro de 10 días.
- Yo puedo solicitar una audiencia por escrito, si no estoy de acuerdo con la acción que se tomó en mi caso. Yo puedo solicitar una audiencia oralmente, si estoy solicitando Cupones para Alimentos.
- Toda la información dada en este formulario es sujeta a verificación por oficiales federales, de estado o locales. Acuerdo cooperar con estos oficiales, dando autorizaciones, documentos y otras pruebas para verificar lo que he dicho. Yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales de verificar cualquier información que he informado en este formulario.
- Si hago una declaración falsa o incorrecta, podría ser sometido a prosecución.
- Toda información suministrada en este formulario, incluyendo números de Seguro Social, es confidencial, excepto como autorizado o requerido por la ley estatal o federal, y será utilizada solamente para administrar todos los programas excepto para ciertas excepciones para los programas de Cupones para Alimentos y SAGA indicadas abajo. La información que yo doy en esta forma puede ser compartida con oficiales de la ley en orden para localizar y arrestar a personas que huyen para evitar la ley.
- Yo doy mi permiso al departamento para dar información sobre mí y otros en mi familia que están recibiendo beneficios para propósitos directamente conectados con la administración de los programas del departamento. Propósitos directamente conectados con la administración de los programas del departamento incluyen, pero no limitado a, estableciendo la elegibilidad, determinando la cantidad de ayuda, proporcionando los servicios, y la investigación, prosecución, o los procedimientos civiles relacionados a la administración de los programas del departamento.

PARA TODOS LOS PROGRAMAS (continuado)

Yo entiendo y estoy de acuerdo a lo siguiente (continuado):

- Juro que yo, y los otros miembros de mi casa para quienes estoy solicitando beneficios, son ciudadanos de los Estados Unidos o, en caso que alguno no sea, que la información que estoy dando sobre el estado de ciudadanía de cualquier persona es auténtica.
- Yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales de verificar cualquier información sobre el estado de no ciudadanía de cualquier persona con el Bureau of Citizenship and Immigration Services (BCIS). Entiendo que el departamento no compartirá la información, dada en esta forma con el BCIS. También entiendo que el BCIS NO PUEDE usar esta aplicación para negar la admisión al E.U., dañar el estado de un residente permanente o deportarme.
- Cualquier información que yo doy en esta forma, incluyendo números de Seguro Social, serán utilizados para verificar su identidad y su elegibilidad y serán comprobados en cruce por computadoras con archivos federales, de estado y locales.
- La información disponible al Estado a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) será pedida y utilizada para procesar mi solicitud para asistencia. Esta información provendrá del Departamento de Trabajo, de la Administración de Seguro Social y del Servicio de Hacienda Pública, así como las otras agencias cuando permitido por la ley. La información recibida podrá ser verificada directamente con otras fuentes, tales como bancos y patronos. Los resultados de tal verificación podrán afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de los beneficios.
- Información acerca de pagos de sustento para niños, que se hacen al estado de parte de mi hijo(a), puede ser verificado con el Bureau of Child Support Enforcement (BCSE).
- Dando la información pedida en la aplicación es voluntario. Si yo fallo a dar cierta información, mi aplicación será denegada.
- Yo cooperaré con el personal estatal y federal en Revistas de Control de Calidad.

PARA CUPONES PARA ALIMENTOS

Yo entiendo y estoy de acuerdo a lo siguiente:

- Las personas que dejan sus trabajos o cortan sus horas sin una razón no pueden obtener Cupones para Alimentos. La primera vez es por tres meses. Es seis meses la segunda vez. Es para siempre la tercera vez que ellos dejan un trabajo.
- Las personas que mienten acerca de quienes son o donde ellos viven no pueden obtener Cupones para Alimentos por diez años.
- Las personas que no sigan las reglas de Entrenamiento y Empleabilidad de Cupones para Alimentos no pueden obtener Cupones para Alimentos. La primera vez es por tres meses. Son seis meses por cualquiera ofensa adicional.
- Cuando las personas quienes reciben Cupones para Alimentos rompen una regla del programa con propósito, ellos no pueden obtener Cupones para Alimentos. La primera vez es por un año. Es por dos años la segunda vez. Es para siempre la tercera vez que ellos rompen una regla.
- Las personas encontradas culpables de traficar Cupones para Alimentos por más de \$500 no pueden obtener nunca Cupones para Alimentos. Traficar con Cupones para Alimentos significa venderlos en vez de usarlos para comprar alimentos para su familia.
- Las personas que son encontradas culpables de comprar drogas ilícitas con Cupones para Alimentos no pueden obtener Cupones para Alimentos por dos años.
- Los oficiales de la ley pueden obtener, del Departamento de Servicios Sociales, la dirección, número del Seguro Social y fotografía de una persona que obtiene Cupones para Alimentos cuando la persona está huyendo de la justicia o es un violador de libertad condicional o probatoria. Ellos también pueden obtener esta información acerca de una persona que puede saber algo acerca de un delito grave.
- Fallar a reportar o verificar los gastos actuales incurridos por su hogar será visto como una declaración que usted no quiere recibir una deducción aceptable para ese gasto.
- El dinero en mi cuenta de EBT de Cupones para Alimentos será tomado para atrás por el departamento si yo no hago ningún retiro de la cuenta por 9 meses (270 días). La cantidad tomada para atrás por el departamento puede usarse para reducir cualquier sobre pago de Cupones para Alimentos que existe en mi caso.
- Mi aplicación para y el recibo de mis beneficios de Cupones para Alimentos es un registro para trabajo para mí mismo y todos los miembros de mi unidad de asistencia para Cupones para Alimentos que son requeridos a registrar. Yo entiendo además que yo y todos los otros miembros de la unidad de asistencia para Cupones para Alimentos que son requeridos a hacerlo deben participar en los Servicios de Empleo a menos que hay buena causa para no participar.
- Las personas que viven conmigo pero que no van a recibir los Cupones para Alimentos no tienen que dar sus números del Seguro Social. Sin embargo, si ellos desean hacerlo sería más fácil de verificar su ingreso y acelerar el proceso de la aplicación.
- Las personas que utilizan mal la tarjeta de Beneficio de Transferencia Electrónica (EBT) no pueden obtener más Cupones para Alimentos. Ellos pueden ser multados hasta \$250,000 o ser enviados a la cárcel por hasta 20 años o ambas penas. Mal uso de una tarjeta de EBT significa alterar, vender, o intercambiar una tarjeta, usando la tarjeta de alguien sin permiso o cambiando beneficios por dinero en efectivo.
- La información en mi forma de aplicación puede ser dada a las agencias federales o estatales así como las agencias privadas de colección si una reclamación de Cupones para Alimentos es hecha contra mi hogar.

PARA SUPLEMENTO ESTATAL

Yo entiendo y estoy de acuerdo a lo siguiente:

- Dinero de herencia o dinero de un pleito pendiente se asignarán al Estado.
- El Estado impondrá un embargo contra mi hogar y la propiedad de mi esposo.
- Me exigirán que conceda una hipoteca de seguridad al departamento en la propiedad de no-hogar que yo poseo.
- El Estado recupera el dinero de las propiedades de individuos que recibieron la ayuda de dinero en efectivo.
- Mi pariente legalmente responsable puede ser facturado a repagar al Estado por asistencia de dinero en efectivo pagado a mí.
- El Estado puede recuperar una cantidad hasta la cantidad total de beneficios pagados si yo o alguien por quien yo recibí asistencia recibe dinero en fechas futuras de otras fuentes incluyendo pero no limitado a ganadores de lotería, una herencia, pagos por una demanda o la venta de una propiedad.

PARA SAGA BENEFICIOS EN EFECTIVO Y SAGA ASISTENCIA MEDICA

Yo entiendo y estoy de acuerdo a lo siguiente:

- Dinero de herencia o dinero de un pleito pendiente se asignarán al Estado.
- El Estado impondrá un embargo contra mi hogar. El estado también impondrá un embargo contra la propiedad del esposo(a) o padre de cualquier miembro del hogar. Yo entiendo que me exigirán que conceda una hipoteca de seguridad al departamento en la propiedad de no-hogar que yo poseo.
- El Estado puede recuperar una cantidad hasta la cantidad total de beneficios pagados si yo, mi esposo(a), o alguien por quien yo recibí asistencia recibe dinero en fechas futuras de otras fuentes incluyendo pero no limitado a ganadores de lotería, una herencia, pagos por una demanda o la venta de una propiedad.
- Yo debo cooperar con el Estado en asegurar sustento de esposo(a) y/o padres de todos los miembros del hogar.
- Si un miembro de mi hogar tiene un problema de abuso de substancia, él o ella puede ser requerido a estar en tratamiento en orden para recibir beneficios en efectivo.
- Declaraciones falsas o engañosas hechas cuando solicitando por SAGA viola la ley del Estado y puede causarme a ser descalificado por un año.

PARA TODOS LOS PROGRAMAS MEDICOS Y DE DINERO Y CUIDADO EN EL HOGAR

Yo entiendo y estoy de acuerdo a lo siguiente:

- Dinero recibido por demandas pendientes serán asignado al Estado para recobrar cualquier gasto médico pagado por el Estado relacionado con la demanda.
- Las declaraciones falsas o engañosas en la aplicación para Asistencia Médica violan la ley federal y pueden ser punibles por una multa de hasta \$25,000 o encarcelamiento de 5 años, o ambos.
- Al aplicar para asistencia, asigno mi derecho de ayuda de terceras personas al departamento (sección 1912 del Acta del Seguro Social). También entiendo que, si estoy en una clínica de ancianos o estoy aplicando a servicios basados en el hogar o en la comunidad, y deseo asignar mis derechos de ayuda, debo firmar una asignación de ayuda adicional (sección 1924 del Acta del Seguro Social).
- Al recibir asistencia médica, le permito al Estado de recuperar el costo de mis cuentas médicas, las que pueden haber sido cubiertas por otro seguro directamente de la compañía aseguradora.
- El Estado recupera dinero de la propiedad de individuos que reciben servicios a largo plazo, Servicios de Cuidado en el Hogar o que tenían 55 años de edad o más al momento en que los beneficios médicos de asistencia de comunidad fueron pagados y que no tengan un esposo(a) vivo o hijo sobreviviente de menos de 21 años de edad, o que sea ciego o incapacitado.
- Doy permiso al Departamento de Servicios Sociales de solicitar Medicare para mí. Entiendo que solamente se hará una aplicación si el departamento cree que soy elegible. También acuerdo que el Departamento de Servicios Sociales haga reclamaciones de Medicare y apelaciones. Estas acciones podrán ser tomadas por el departamento o por su representante.
- Yo doy permiso a DSS o cualquier asegurador de salud, proveedor, o cualquier otra entidad que proporcionan los servicios a mí o mi familia bajo el programa de Medicaid a relevar información sobre mí o mi familia como sea necesario para la entrega de servicios del programa de Medicaid y la administración del programa de Medicaid, como permisible por la ley federal o Estatal.
- No modificaré, trocaré, venderé o usaré la tarjeta de identificación de otra persona.
- El Estado puede imponer un embargo, bajo ciertas condiciones, en mi hogar si yo entro permanentemente en una clínica de ancianos.
- Mi pariente que es legalmente responsable puede ser facturado a reembolsar al Estado por el costo de mi cuidado médico.

