

Solicitud de beneficios Application for Benefits

**Si necesita ayuda para leer o llenar este formulario, no dude en pedirnosla.
Guarde esta página para su registro.**

¿Cómo puedo solicitar beneficios?

- Para **completar** su solicitud, llene las páginas de 3 a 6. Puede **comenzar** hoy su solicitud brindando su nombre, dirección y firma en la página 3 a la recepcionista. Si no tiene una dirección, dígaselo a la recepcionista o llame a su oficina local.
- Adjunte hojas si necesita más espacio.
- Lleve o envíe por correo a su oficina local las páginas 3 a 6. Guarde las páginas 1 y 2 para su registro.
- Puede obtener más beneficios u obtenerlos antes si comienza, completa y nos entrega su solicitud y cualquier otra información que solicitemos lo antes que pueda. También podremos compartir esta información con funcionarios federales y estatales.

¿Cuándo puedo recibir ayuda para alimentación y efectivo?

Si necesita los beneficios alimenticios con urgencia, complete las preguntas 1 a 14 en la página 3 y déjele este formulario a la recepcionista.

Decidiremos si cumple los requisitos para obtener ayuda para alimentación *dentro de 5 días* si muestra comprobante de su identidad y cumple uno de los siguientes:

- Su hogar tendrá menos de \$150 en ingresos netos y menos de \$100 de recursos líquidos este mes.
- El ingreso y los recursos de su hogar son menores que su renta y utilidades mensuales.
- Su hogar incluye trabajadores migrantes o de cosechas temporales.

Se emiten los beneficios con fecha del día siguiente en que se decida que cumple con los requisitos. Los beneficios alimenticios comienzan generalmente el día que recibimos su solicitud. Los beneficios en efectivo comienzan generalmente el día que recibimos toda la información para decidir si cumple con los requisitos.

Derechos civiles

De acuerdo con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), se le prohíbe a esta institución discriminar debido a la raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Bajo la Ley de cupones alimenticios y la política de la USDA, también está prohibido discriminar debido a la religión o las creencias políticas. Para presentar una queja por discriminación, contacte a la USDA o HHS. Escríbale a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voice) o al (202) 720-6382 (TTY). Escríbale a: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voice) o al (202) 619-3257 (TTY). USDA y HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

Estado inmigratorio y números del seguro social

Es posible que también pueda obtener asistencia para algunas personas con las que vive, incluso si otras personas con las que vive no pueden obtener ayuda debido a su estado inmigratorio. Debe declarar el estado inmigratorio de cualquier persona que aplique. Tenemos programas médicos que cubren a algunas personas que no pueden probar que están en el país legalmente.

Según la ley federal (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), debe proporcionarnos el número del seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) de cualquier persona que viva con usted y que solicite Medicaid, TANF, o beneficios alimenticios. Puede que también necesitemos los SSNs de los padres y cónyuges que vivan con usted pero que no apliquen. Tenemos programas médicos para algunas personas que no tienen SSNs.

Usamos los SSNs para verificar la identidad, la elegibilidad, prevenir fraudes y cobrar reclamos. Intercambiamos información con otras agencias para administrar nuestros programas y cumplir con la ley. Puede que también le demos esta información a agencias de ejecución de la ley que intentan capturar a criminales federales prófugos.

Ciudadanía e identificación para Medicaid

Los ciudadanos estadounidenses deben probar su ciudadanía e identidad para recibir Medicaid. Trabajaremos con usted para obtener la prueba. Si necesitáramos un documento que le costará dinero, lo mandaremos a buscar y pagaremos el costo. No necesitamos prueba para ninguna persona en su hogar que reciba Medicare, Seguro de la seguridad social por discapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés) debido a su propia discapacidad, o el Ingreso de seguridad suplementario (SSI, por sus siglas en inglés). Las pruebas pueden incluir, pero no están limitadas a:

Prueba de ciudadanía	Prueba de identidad
<ul style="list-style-type: none">• Pasaporte norteamericano.• Certificado de naturalización o ciudadanía.• Tarjeta de membresía tribal con fotografía.• Certificado de nacimiento oficial de un estado/condado de los Estados Unidos.	<ul style="list-style-type: none">• Licencia de conducir estatal.• Identificación estatal o tarjeta de identificación militar con fotografía.• Documento tribal de nativo de Alaska/indígena norteamericano.• Documentación de ciudadanía completa y formulario de declaración de identidad para niños menores de 16 años.

Privacidad y asistencia alimenticia

La ley de cupones alimenticios actual permite al departamento reunir la información que pedimos en la solicitud. Verificamos parte de esta información con programas informáticos de coincidencia.

Usamos esta información para:	Puede que le brindemos esta información a:
<ul style="list-style-type: none">• Decidir quién cumple los requisitos para nuestros programas.• Cobrar sobrepagos de asistencia alimenticia.• Administrar nuestros programas.• Asegurar que cumplimos con la ley.	<ul style="list-style-type: none">• Las agencias federales y estatales, para uso oficial.• Agencias de las fuerzas públicas que intentan capturar a personas que están prófugas para evadir la ley.• Agencias privadas de cobranza para cobrar sobrepagos de asistencia alimenticia.

Advertencia por sanciones de asistencia alimenticia

Enviamos información acerca de personas que solicitan asistencia alimenticia a otras agencias federales para que verifiquen que la información sea correcta. Si la información es incorrecta, puede que las personas que solicitan asistencia alimenticia no la obtengan. Si una persona proporciona información incorrecta a sabiendas, puede enfrentar demandas penales. Las sanciones por romper intencionalmente las reglas de la asistencia alimenticia varían desde la descalificación del programa a multas y posiblemente, prisión.

Reembolsar al estado por cuidados médicos y de largo plazo

- Por ley, si tiene 55 años o más Y recibe servicios de Medicaid o de cuidado a largo plazo, DSHS podrá recuperar de su herencia (bienes que posea al momento de su fallecimiento) para reembolsar a DSHS por los costos de la asistencia médica, los servicios médicos y el cuidado a largo plazo. DSHS podrá recuperar los costos de los servicios de cuidado a largo plazo financiados solamente por el estado recibidos **a cualquier edad**. Esto se llama RECUPERACIÓN DE HERENCIA. Las tierras tribales podrán estar eximidas de la recuperación.
- Los servicios de cuidado a largo plazo incluyen COPES, OBRA, cuidados personales de Medicaid, servicios de enfermería en el hogar, salud diaria del adulto, enfermería privada, cuatro exenciones DDD de HCBS: servicios Básicos, Básicos Plus, Centrales, y Protección Comunitaria, y otros servicios proporcionados por los Servicios del Hogar y la Comunidad y la División de Discapacidades del Desarrollo.
- La recuperación de herencia no sucede hasta después de su fallecimiento y del fallecimiento del cónyuge sobreviviente, si lo hubiera: Si tiene herederos dependientes, se podrá diferir la recuperación de herencia por razones de dificultades económicas.
- Si está viviendo de manera permanente en una casa de salud u otra instalación médica, DSHS podrá presentar un embargo contra su propiedad para reembolsar los costos de asistencia médica y el cuidado a largo plazo que recibió. Si vuelve a su hogar, DSHS quitará el embargo. DSHS no embargará su casa si:
 - ◆ Su cónyuge vive en la misma.
 - ◆ Su hijo ciego, discapacitado o menor de 21 años vive allí.
 - ◆ Su hermano/a, quien tiene un interés patrimonial sobre el hogar, vive en el mismo y ha vivido allí durante al menos el año inmediatamente anterior a que usted ingresara en el lugar.

Solicitud de beneficios

Application for Benefits

Si necesita ayuda para llenar este formulario, marque esta casilla.

FOR OFFICE USE ONLY
(PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)
DATE RECEIVED _____ INITIALS _____

1. PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	2. NÚMERO DE ID DEL CLIENTE (SI LO CONOCE)
3. DIRECCIÓN POSTAL EN LA QUE VIVE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	4. NÚMERO TELEFÓNICO DEL HOGAR/PREFERIDO	
5. DIRECCIÓN POSTAL (SI FUERA DIFERENTE)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	6. OTRO(S) NÚMERO(S) TELEFÓNICO(S)	

8. Estoy solicitando (marque todos los que apliquen):

Efectivo Alimentos Tratamiento médico de drogas o alcohol

Casa de salud Asistencia vital Hogar de familia para adultos

Cuidados en el hogar

Otro (por favor, enumere): _____

9. ¿Cuánto dinero espera obtener su núcleo familiar este mes? \$ _____

10. ¿Cuánto dinero tiene su grupo familiar en efectivo y cuentas bancarias? \$ _____

11. ¿Cuánto dinero paga su grupo familiar en alquiler o hipoteca? \$ _____

12. ¿Qué utilidades paga su grupo familiar? Calefacción/refrigeración Teléfono Otros: _____

13. ¿Algún miembro de su grupo familiar es un trabajador migrante o de cosechas temporales.? Sí No

14. Si está volviendo a solicitar asistencia alimenticia, para cuántas personas en su grupo familiar compra y prepara alimentos? _____

7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No Screener's Initials: _____ Date: _____

15. Necesito una entrevista telefónica. Llámeme al: _____

16. Necesito un intérprete. Hablo: _____ o señas; traduzca mis cartas al: _____

17. Enumere a todas las personas en su grupo familiar aun si no está solicitando beneficios para ellos (adjunte hojas adicionales si fuera necesario).

NOMBRE ¿(PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	SEXO M O F	¿QUÉ RELACIÓN TIENE ESTA PERSONA CON USTED?	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE SI DESEA BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA	MARQUE SI ESTÁ EN LA ESCUELA	OPCIONAL PARA LAS PERSONAS QUE NO SOLICITAN BENEFICIOS	
						NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MARQUE SI ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAÍS)
		Yo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

18. Yo o alguien en mi grupo familiar tiene (marque todos los que apliquen): Embarazo; fecha de parto: _____

Emergencia médica Situación de violencia doméstica Discapacidad (tipo): _____

19. En los últimos 30 días, obtuve asistencia en efectivo, alimentos o médica de otro estado o fuente: Sí No

20. Yo, o alguna persona para la cual estoy solicitando beneficios está prófuga para evitar ir a un tribunal o a prisión por un crimen federal: Sí No

21. **OPCIONAL. Si no contesta, para recibir asistencia alimenticia, USDA requiere que nosotros contestemos por usted.**
Mis antecedentes étnicos son Hispanos o Latinos: Sí No

22. Considero que mi raza es (marque todos los que apliquen): Blanca Negra o Afro-americana Asiática

Nativo de hawai o isleño del Pacífico Indígena-americano o nativo de Alaska; nombre de la tribu: _____

Otro (por favor, enumere): _____

Barcode label



I. Información general

1. Alguna persona para la que solicito beneficios vive fuera del estado de Washington: Sí No Quién: _____
2. Yo o alguien en mi grupo familiar es un extranjero patrocinado: Sí No Quién: _____
3. Alguien está temporalmente fuera de mi hogar: Sí No Quién: _____
4. Yo o alguien para el que solicito beneficios sirvió en las Fuerzas Armadas: Sí No Quién: _____
5. Alguien es dependiente o cónyuge de alguien (vivo o fallecido) que sirvió en las Fuerzas Armadas: Sí No
6. Estoy viviendo en: Mi propia casa o apartamento Hogar grupal Otro: _____
 Instalación (mencione el tipo): _____ Fecha en la que ingresó: _____
7. Soy: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

II. Información para el seguro médico y de salud

- Yo, mi cónyuge o alguien que vive en mi hogar (marque la casilla apropiada):**
1. No puede trabajar debido a problemas de salud Sí No
 2. Tuvo un accidente que requiere cuidados médicos Sí No
 3. Plan al que ingresará, en el que está, o si dejó recientemente alguna instalación médica (como un hospital o casa de salud) Sí No
 4. Tiene cuentas médicas sin pagar Sí No
 5. Necesita ayuda con cuentas médicas sin pagar para cualquiera de los tres meses anteriores Sí No
 6. Tiene seguro médico (Marque todos los que apliquen): Medicare (no DSHS médico) Tricare
 Seguro de cuidados a largo plazo. Otro seguro de salud: _____

III. Recursos (innecesarios para Seguro médico infantil, Seguro médico del embarazo, HWD o Alimentos Básicos)

Un recurso es cualquier cosa que posea o esté comprando que pueda ser vendido, intercambiado o convertido en efectivo o dinero a cargo de terceros. Un recurso no incluye propiedad personal tal como muebles o vestimenta. Algunos ejemplos de recursos son:

- Dinero en efectivo
- Cuentas corrientes
- Cajas de ahorros
- CDs
- Cuentas en el mercado de capitales
- Bonos de ahorro
- Bonos
- Fondos mutuos
- Acciones
- Anualidad
- Fideicomiso
- IRA
- 401K
- Fondo de retiro
- Casas, incluyendo en la que vive
- Condominios
- Tierra
- Contratos de venta
- Edificaciones
- Herencias
- Seguro de vida
- Fondos para sepelio, planes prepago
- Fondos universitarios
- Tiempos compartidos
- Equipamiento empresarial
- Equipamiento agrícola
- Ganado

Enumere los recursos que usted, su cónyuge o cualquier persona para la que solicite beneficios posean o estén comprando:

RECURSO	QUIÉN LO POSEE	LUGAR	VALOR	QUIÉN LO POSEE	LUGAR	VALOR
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$

2. Yo, mi cónyuge o alguna persona para la cual solicito beneficios tiene automóviles, camionetas, camiones, barcos, casas rodantes, trailers, u otros vehículos a motor:

AÑO (POR EJ., 1980)	MARCA (POR EJ., FORD)	MODELO (POR EJ., ESCORT)	MARQUE SI ES ALQUILADO	MARQUE SI EL VEHÍCULO SE USA CON FINES MÉDICOS	MONTO ADEUDADO
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. Yo, mi cónyuge o alguna persona para la cual solicito beneficios ha vendido, comercializado, donado o transferido un recurso en los últimos cinco años (incluyendo fideicomiso, vehículos o herencias):
 Sí No Si contestó que sí, qué: _____ cuándo: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
------------------------	-------------------------	--------------------------------------

IV. Ingresos obtenidos

1. Yo, mi cónyuge o alguna persona para la cual solicito beneficios renunció a un trabajo en los últimos 60 días: Sí No
2. Yo, mi cónyuge o alguna persona para la cual solicito beneficios tienen ingresos por trabajo:
 Sí No Si contestó que sí, complete esta sección:

QUIÉN PERCIBE ESTE INGRESO _____ NOMBRE Y TELÉFONO DEL EMPLEADOR _____ FECHA DE INICIO _____ ¿Este trabajo es independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MONTO NETO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE IMPUESTOS) \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mes Horas por semana: _____ Fechas de cobro (por ej., 1 ^o y 15, o todos los viernes):
--	---

QUIÉN PERCIBE ESTE INGRESO _____ NOMBRE Y TELÉFONO DEL EMPLEADOR _____ FECHA DE COMIENZO _____ ¿Este trabajo es independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MONTO NETO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE IMPUESTOS) \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mes Horas por semana: _____ Fechas de cobro (por ej., 1 ^o y 15, o todos los viernes):
--	---

V. Otro ingreso (uso para todos los miembros del grupo familiar)

	¿QUIÉN PERCIBE EL INGRESO?	MONTO NETO TOTAL	¿QUIÉN PERCIBE EL INGRESO?	MONTO NETO TOTAL
Beneficios por desempleo		\$		\$
Seguro social		\$		\$
Ingreso suplementario de seguridad (SSI)		\$		\$
Manutención para niños o para el cónyuge		\$		\$
Jubilación o pensión		\$		\$
Beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) o beneficios militares		\$		\$
Beneficios de Trabajo e Industria (L&I) o beneficios del seguro		\$		\$
Fideicomiso		\$		\$
Interés		\$		\$
Beneficios para los trabajadores de trenes		\$		\$
Ingreso por rentas		\$		\$
Otro:		\$		\$
Otro:		\$		\$

VI. Anualidades (Inversiones realizadas por cualquier miembro del grupo familiar para recibir pagos regulares ahora o en el futuro).

¿QUIÉN PERCIBE LA ANUALIDAD?	¿EMPRESA O INSTITUCIÓN?	MONTO O VALOR	INGRESO MENSUAL	FECHA DE COMPRA
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Si usted o su cónyuge tienen un interés en una jubilación y aceptan cuidados a largo plazo de Medicaid, deben nombrar al estado de Washington como beneficiario remanente de la anualidad.

VII. Gastos mensuales

ALQUILER \$	HIPOTECA \$	ALQUILER DE ESPACIO \$	TARIFAS DE CONDOMINIO \$
SEGURO PARA PROPIETARIOS \$	IMPUESTOS SOBRE LAS PROPIEDADES	EVALUACIONES DE PROPIEDADES	OTROS GASTOS \$

Utilidades (marque todas las que apliquen): Calefacción (gas, eléctrica, combustible) Electricidad (**no calefacción**)
 Teléfono Agua, saneamiento, basura

Otra persona o agencia, tal como un subsidio de vivienda, me ayuda a pagar todo o parte de estos gastos: Sí No

Si contestó que sí, quién: _____ Qué gasto: _____ Monto que pagan: \$ _____

Yo, mi cónyuge o alguna persona en mi grupo familiar paga o debería pagar (marque los que apliquen):

<input type="checkbox"/> Cuidado de menores o cuidado de dependientes	Monto mensual: \$	Quién paga:
<input type="checkbox"/> Manutención para niños	Monto mensual: \$	Quién paga:
<input type="checkbox"/> Cuentas médicas	Monto mensual: \$	Quién paga:

VIII. Representante autorizado

Un representante autorizado es alguien a quien le permite hablar con DSHS acerca de sus beneficios. Puede nombrar a alguien, pero no tiene obligación de hacerlo. ¿Tiene un representante autorizado? Sí No

¿Esta persona es su tutor legal? Sí No

¿Esta persona tiene un poder? Sí No

NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO
		CÓDIGO POSTAL

Declaración y firmas

Si solicita beneficios en efectivo o médicos para un adulto, deberán firmar todos los adultos del grupo familiar.

Si solicita asistencia alimenticia o médica para niños, debe firmar el solicitante.

Comprendo que debo:

- Proporcionar información correcta.
- Informar acerca de los cambios mencionados en mi carta de aprobación.
- Proporcionar prueba si cumplo con los requisitos. DSHS podrá ayudarme a obtener la prueba o a contactar a otras personas o agencias para esto.
- Ceder ciertos derechos de manutención para niños al estado de Washington cuando recibo Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés).
- Ceder mis derechos a manutención y pagos de terceros para atención médica al estado de Washington cuando reciba mis beneficios de atención médica.
- Cooperar con los requerimientos laborales para recibir asistencia alimenticia

Si no hago estas cosas, puede que se me nieguen los beneficios o que tenga que devolverlos.

Comprendo que se pueden iniciar acciones legales contra mí si, a sabiendas:

- Levanto falso testimonio.
- No informo acerca de algo que debería informar.

He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente, DSHS 14-113. **Bajo pena de perjurio y según las leyes del estado de Washington, certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta.**

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	NOMBRE DEL SOLICITANTE EN IMPRENTA	CIUDAD Y ESTADO EN EL QUE FIRMÓ
FIRMA DE OTRO SOLICITANTE ADULTO	FECHA	NOMBRE DE OTRO ADULTO EN LETRA IMPRENTA	CIUDAD Y ESTADO EN EL QUE FIRMÓ
FIRMA DEL AYUDANTE O DEL REPRESENTANTE	FECHA	NOMBRE DEL REPRESENTANTE EN LETRA IMPRENTA	CIUDAD Y ESTADO EN EL QUE FIRMÓ
FIRMA DEL TESTIGO SI SE FIRMÓ CON UNA "X"	FECHA	NOMBRE DEL TESTIGO EN LETRA IMPRENTA	