



## Sección A: Información sobre los miembros de su hogar – Todos los programas

Llene lo siguiente para todos los miembros de su hogar. Si vive en un centro de enfermería, centro para las personas con impedimentos mentales, cuidado temporal para adultos o comunidad de jubilación de cuidado continuo, incluya además la información sobre su esposo(a) si no vive con usted.

### Sección A: Personas 1-5

	Jefe del hogar	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
Nombre					
Segundo Nombre					
Apellido					
Relación de la persona con usted	Usted				
Marque (✓) para solicitar:					
Estampillas para comida					
Asistencia médica					
Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)					
Programa de ahorros de Medicare (MSP)					
Número de seguro social					
Fecha de nacimiento					
Sexo					
¿Es usted hispano o latino?	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su raza? (Escoja una o más)	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico
Estado civil*					
Ciudadano estadounidense	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Residente de Texas	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del padre del niño					
Nombre del padre del niño					
El padre del niño	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció
Núm. de seguro social del padre del niño:					
Fecha de nacimiento del padre del niño:					
Apellido de la madre del niño					
Nombre de la madre del niño					
Nombre de soltera de la madre del niño					
La madre del niño	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció	<input type="checkbox"/> Vive en el hogar <input type="checkbox"/> No vive en el hogar <input type="checkbox"/> Falleció
Núm. de seguro social de la madre del niño:					
Fecha de nacimiento de la madre del niño					

\* Estado civil = Casado(a), Soltero(a), Divorciado(a), Separado(a), Viudo(a)

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

**Sección B: Entrevista por teléfono para TANF, Estampillas para Comida y Medicaid para personas que cuidan a niños menores de edad.**

Si alguna de las siguientes razones le aplica a usted, puede solicitar una entrevista telefónica o una entrevista en persona a domicilio. Marque cualquiera de lo siguiente que aplique y anote el número telefónico al que se le puede llamar: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_.

- Vivo a más de 30 millas de distancia de una oficina de beneficios de HHSC local.
- Estoy enfermo.
- No puedo ir a la Oficina de beneficios de HHSC local debido a problemas del clima.
- No tengo medio de transporte.
- Mi horario de trabajo o entrenamiento choca con el horario de la Oficina de beneficios de HHSC local.
- Soy víctima de violencia doméstica.
- Soy (y los miembros de mi hogar somos) persona mayor o discapacitado sin ningún ingreso ganado.
- Tengo que cuidar a un miembro de mi hogar.

**Sección C: Información general -- Todos los programas**

1. ¿Cuál es el idioma primario que se habla en su hogar? \_\_\_\_\_
2. Podemos proveerle un intérprete sin costo para usted. Si necesita un intérprete, indique de qué tipo abajo:
  - Español
  - Vietnamita
  - Lenguaje de señas americano (ASL)
  - Otro \_\_\_\_\_
3.  Sí  No ¿Algún miembro de su hogar es discapacitado?  
Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_
4.  Sí  No ¿Recibe alguien en su casa TANF, Estampillas para Comida o Medicaid de otro estado?  
Si contesta "Sí" ¿quién?: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Último mes en que se recibió: \_\_\_\_\_
5.  Sí  No ¿Tiene alguna condición física o mental que requiera acomodación especial?  
Si es así, ¿cuál?: \_\_\_\_\_

**El servicio militar de usted o de un familiar**

6. a.  Sí  No ¿Está usted o su cónyuge en servicio activo de las Fuerzas Armadas, la Reserva, la Guardia Nacional o el servicio militar estatal de Estados Unidos?  
Si contesta "Sí", dé el nombre de esa persona: \_\_\_\_\_
- b.  Sí  No ¿Es veterano usted o su cónyuge?  
Si contesta "Sí", dé el Número de reclamación de la Administración de Veteranos: \_\_\_\_\_
- c.  Sí  No ¿Fue veterano su padre, cónyuge o hijo difunto?  
Si contesta "Sí", dé el nombre de esa persona: \_\_\_\_\_  
las fechas de inicio y de terminación del servicio: \_\_\_\_\_
7.  Sí  No ¿Ha recibido alguien en su hogar alguna vez Ingreso de seguro suplementario (SSI)?  
Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_
8.  Sí  No Si está en un centro de enfermería, ¿tiene intenciones de regresar a su propio hogar o se quedará en el centro de enfermería menos de seis meses?
9.  Sí  No Si no está viviendo en su propio hogar, ¿tiene intenciones de regresar a su propio hogar?  
Si contestó sí, ¿cuál es la fecha en que espera regresar a su hogar? \_\_\_\_\_
- Sí  No Si contestó sí, ¿hay alguna persona viviendo en su casa mientras usted no está allí?

**Solamente para Estampillas para comida y TANF**

10.  Sí  No ¿Está huyendo algún miembro de su hogar de alguna agencia policiaca por alguna acusación de delito grave, o está violando alguna probatoria o libertad bajo palabra de acuerdo con alguna corte? Si es así, \_\_\_\_\_
11.  Sí  No ¿Algún miembro de su hogar ha sido convicto de un delito grave por conducta ocurrida en o antes del 22 de agosto de 1996 que involucrara la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada? Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_
12.  Sí  No ¿Algún miembro de su hogar está viviendo en un hogar de grupo, refugio para personas sin hogar, centro de tratamiento para drogadicción, refugio para mujeres maltratadas o alguna otra institución? Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_  
Tipo de institución: \_\_\_\_\_ Nombre de la institución: \_\_\_\_\_
13.  Sí  No ¿Está alguien en su casa descalificado para participar en el programa TANF o el de Estampillas para Comida?

**TANF solamente**

14.  Sí  No ¿Está solicitando beneficios de Asistencia temporal única para familias necesitadas (OTTANF, por sus siglas en inglés)? OTTANF provee un pago único de dinero en efectivo para familias en crisis.
15.  Sí  No ¿Le gustaría solicitar un Pago Único de TANF a Abuelos? Es un pago especial que se hace a un abuelo que llena ciertos requisitos y cuida a un niño que recibe TANF.

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:



**Sección D: Estado de ciudadanía -- Todos los programas**

**1. Identificación de personas que no son ciudadanas estadounidenses**

<b>Anote a cualquier miembro de su hogar que no sea ciudadano estadounidense.</b>					
Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha en que entró a los EEUU	¿Desde cuál país?	¿Registrado?	Número de registro de extranjero	Refugiado
			<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
			<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

2.  Sí  No Si alguna persona en su hogar es refugiado o extranjero debidamente admitido, ¿tienen un patrocinador?

Si es así, provea el nombre del patrocinador. \_\_\_\_\_

**Sección E: Educación - Estampillas para comida, Asistencia médica, TANF**

<b>Anote a cualquier miembro de su hogar menor de 60 años de edad que ESTÉ estudiando.</b>					
Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Nombre de la escuela	Grado que cursa	Tipo de escuela *	¿A tiempo parcial o completo?	Fecha esperada de graduación
				<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	
				<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	
				<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	
				<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	
				<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	

\* Grados 1-12, técnico/vocacional, universidad

**Sección F: Cobertura médica - Todos los programas**

1.  Sí  No ¿Recibe Medicare algún miembro de su hogar?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ # de Medicare: \_\_\_\_\_ Cuota de Medicare: \$ \_\_\_\_\_

Parte A:  Sí  No Parte B:  Sí  No Parte D:  Sí  No

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ # de Medicare: \_\_\_\_\_ Cuota de Medicare: \$ \_\_\_\_\_

Parte A:  Sí  No Parte B:  Sí  No Parte D:  Sí  No

2.  Sí  No ¿Necesita asistencia algún miembro de su hogar en alguno de los siguientes lugares?

Centros de enfermería  Comunidades de jubilación de cuidado continuo  Escuela estatal

ICF/MR (Institución grupal para personas con retardo mental)  Hospital estatal

Si es así, ¿quién?:	Nombre / dirección de la institución:	Fecha de admisión:

**3.  Sí  No ¿Tiene algún miembro de su hogar cobertura médica que no sea Medicare o Medicaid? Si es así, anótelo abajo.**

Nombre de la persona cubierta	Nombre de la compañía aseguradora	Número de póliza	Cantidad de prima	Fecha de inicio de cobertura	Fecha de terminación de cobertura	Tipo de cobertura

4.  Sí  No ¿Paga alguien la cuota para alguna de las personas anotadas en la pregunta anterior?

Nombre de la persona que paga la cuota: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

5.  Sí  No ¿Alguna persona en su hogar tiene facturas médicas de los últimos tres meses que no hayan sido pagadas o reembolsables?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_

**Estas preguntas no afectan la capacidad de su familia para recibir beneficios. Sus respuestas se usarán para coordinar mejor la atención médica de su familia:**

6.  Sí  No ¿Viajan con un padre o familiar que es un trabajador agrícola migratorio los niños que están solicitando ayuda médica?

7.  Sí  No ¿Está inscrito algún niño en su hogar al programa del Departamento de Estado para Niños con Necesidades Médicas Especiales?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

Nombre / dirección de la institución: \_\_\_\_\_

8.  Sí  No ¿Pertenece algún miembro de su hogar a alguna tribu reconocida por el gobierno federal?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ ¿Cuál tribu?: \_\_\_\_\_

**Sección G: Recursos/Bienes - Todos los programas**

**1.  Sí  No ¿Algún miembro de su hogar es dueño o va a comprar un automóvil, camioneta, bote, motocicleta o algún otro vehículo? Si es así, anótelo abajo.**

Nombre del dueño	Año	Marca / modelo	Si es dueño junto con alguien fuera del hogar, anote el nombre	¿Está inscrito el vehículo?	¿Se usa para transportar a una persona discapacitada?	Cantidad que debe	Pago mensual del vehículo
				<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	\$	\$
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$

**2.  Sí  No ¿Tiene activos algún miembro de su hogar? Si es así, anótelos abajo. Incluya los activos de negocio.**

Los activos incluyen, pero no se limitan a:

- Dinero a la mano
- Casas, casas móviles, otros inmuebles
- Cuentas de cheques y retiros
- Póliza de seguro de vida
- Cuentas de ahorros / acciones
- Contrato de pre-necesidad de sepultura
- Dinero o artículos en una caja de seguridad bancaria
- Espacio/terreno para sepultura
- Herramientas/equipo, animales de cría o cosechas
- Certificados de depósito (CD)
- Derechos de superficie a petróleo, gas y minerales
- Cuentas de mercado monetario
- Cuentas IRA, KEOGH, 401K, o de compensación
- Hipoteca, contratos de terrenos o préstamos pagaderos a algún miembro del hogar
- Fondos de fideicomisos
- Propiedad para uso en vida
- Fideicomiso para pacientes
- Cuenta de resguardo de impuestos

Bienes	Nombre(s) en la cuenta, póliza, escritura, título (incluya propiedades mancomunadas)	Nombre y dirección del banco, cooperativa de crédito, sociedad de ahorro y préstamos, compañía de seguros, cementerio o funeraria	Número de cuenta	Balance / valor del activo / valor de mercado
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del solicitante: \_\_\_\_\_



**3. Asistencia médica**

Sí  No ¿El estado está nombrado beneficiario restante si usted o su cónyuge son propietarios de una anualidad?

**4. Sólo para Asistencia médica, programa de Ahorro de Medicare y Cuidado Comunitario,**

Sí  No ¿Alguien de su hogar ha cerrado alguna inversión financiera o cuenta bancaria en los últimos cinco años?

**5. Todos los programas**

Sí  No ¿Alguien de su hogar ha vendido, intercambiado, transferido o donado algún dinero o propiedad en los últimos cinco años?

**Sección H: Ingreso Ganado - Todos los programas**

**1.  Sí  No ¿Recibió alguien en su hogar dinero por trabajar durante los últimos tres meses? Si es así, anótelo abajo. Asegúrese de incluir el dinero por entrenamiento y empleo por cuenta propia.**

Nombre de la persona que trabajó o recibió el dinero	Nombre y dirección del empleador o fuente de dinero	Código de área y teléfono del empleador	Cantidad bruta recibida (antes de las deducciones)	Frecuencia de pago	Horas trabajadas	Fecha de comienzo	Última fecha de pago
		( )	\$				
		( )	\$				
		( )	\$				
		( )	\$				

**Sección I: Otro ingreso - Todos los programas**

**1.  Sí  No ¿Tiene alguien en su hogar algún otro ingreso? Si es así, anótelo abajo.**

Los ingresos no-ganados incluyen, pero no se limitan a

- SSI / Seguro social (RSDI)
- Sustento infantil recibida
- Efectivo / regalos / préstamos
- Retiro de veteranos / ferrocarriles
- Desempleo / compensación a trabajadores
- Intereses / dividendos
- Dinero de petróleo, gas, derechos de minerales
- Pensiones / Retiro
- Anualidad de servicio civil / Adjudicación militar
- Anualidades / pagos de seguros privados
- Asistencia para pagar servicios públicos (agua, electricidad, gas)
- Pagos de un fideicomiso / regalías
- Pagarés
- Pensión alimenticia
- Hospedaje
- Remuneración
- Beneficios por enfermedad
- Pago de reparaciones
- Ingreso agrícola / de rentas recibidas
- Cuidado en el hogar para ancianos

Nombre de la persona que recibe este dinero (Si es por el sustento infantil, anote el niño)	Tipo o fuente de ingreso	Persona, compañía o agencia que paga este dinero	Números de reclamo del Seguro Social / Administración de Veteranos	Cantidad recibida	*Frecuencia de pago	Fecha en que se recibe
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

2.  Sí  No ¿Tiene pendiente alguien en su hogar una solicitud para Seguro Social, SSI o Beneficios de Compensación por Desempleo?

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Tipo de beneficio: \_\_\_\_\_

¿Quién?: \_\_\_\_\_ Tipo de beneficio: \_\_\_\_\_

**Sección J: Gastos**

**1. Todos los programas**

Sí  No ¿Tiene alguien en su hogar algún gasto por cuidado de dependientes? Si es así, anótelo abajo.

- Gastos por cuidado de niños que alguien en su hogar paga para poder trabajar, buscar trabajo, estudiar o recibir entrenamiento.
- Pagos de sustento infantil ordenados por corte que alguien en su hogar paga para un niño fuera del hogar.
- Pagos de pensión alimenticia que alguien en su hogar paga.
- Cuidado de dependientes para un adulto discapacitado que alguien en su hogar paga.
- Costo que alguien en su hogar paga por transportación al centro de cuidado.

Tipo de gasto	¿Quién paga el gasto?	¿Quién tiene la obligación de pagar el gasto?	*Cantidad y frecuencia de pago	Fecha de pago	Nombre, dirección y teléfono de la persona a quien le paga	Sólo para el sustento infantil ordenada por corte, nombre del niño para quien se paga la sustento (entregue copia de la orden de la corte)
			\$			
			\$			
			\$			

\* Diariamente, semanalmente, cada dos semanas, semi-mensual, mensual, trimestral, semi-anual, anual o una sola vez

**2. Estampillas para comida, Asistencia Médica, Programa de Ahorros de Medicare, Cuidado Comunitario**

Sí  No ¿Tiene alguien en su casa algún gasto de vivienda o servicios públicos? Si es así, anótelos abajo. Los gastos de vivienda aplican a la casa en la que vive actualmente y/o la casa que no ocupa actualmente pero a la que piensa volver.

- Renta
- Pago de casa
- Cuotas obligatorias para dueños de casas
- Impuestos sobre la casa
- Seguro para la casa
- Gas natural o propano
- Carbón/Madera
- Gasóleo or queroseno
- Agua/alcantarillado
- Electricidad
- Recogido de basura
- Teléfono

Tipo de gasto	¿Quién tiene la obligación de pagar el gasto?	Cantidad mensual/anual	¿A quién se le paga (incluya nombre, dirección y teléfono)?	¿Comparte este gasto?	Nombre de la persona con quien se comparte el gasto
		\$		<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	
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

3.  Sí  No ¿Se utiliza alguno de los gastos para calefacción o enfriamiento (excluyendo enfriamiento con abanicos solamente)?

4.  Sí  No ¿Provee vivienda alguien fuera de su hogar para algún miembro de su hogar?

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del solicitante: \_\_\_\_\_



**5. Estampillas para comida y Asistencia médica solamente**

<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> ¿Paga gastos médicos alguien mayor de 60 años o discapacitado en su hogar? Si es así, anótelos abajo.					
Nombre de la persona con las cuentas	*Frecuencia de pago	Cantidad de pago Total que se debe	¿Quién brindó el servicio?	Tipo de cuenta (médico, hospital, recetas, etc.)	Fecha del servicio
		\$ _____ \$ _____			
		\$ _____ \$ _____			

\* Diariamente, semanalmente, cada dos semanas, semi-mensual, mensual, trimestral, semi-anual, anual o una sola vez

**Sección K: Inscripción de votante**

El solicitar inscribirse como votante o negarse a inscribirse como votante no afecta la cantidad de asistencia que esta agencia proporciona. Si se niega a inscribirse como votante, esta decisión será confidencial y sólo se usará para propósitos de inscripción de votantes. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse para votar, a rechazar el inscribirse para votar o con su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe, puede presentar una queja con la División de elecciones del secretario de Estado, P.O. Box 12060, Austin, TX 78711.

Si desea ayuda para llenar el formulario de inscripción de votante, le ayudaremos. La decisión de pedir ayuda o aceptarla es suya. Puede llenar el formulario en privado y enviarlo por correo por su cuenta. Si no marca el cuadro abajo, se considerará que ha decidido no inscribirse como votante.

Si no está inscrito como votante donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar hoy para inscribirse como votante?

Sí  No  Ya estoy inscrito

**Ayuda para llenar el formulario**

Si alguien le ayudó a llenar este formulario, por favor indique su nombre.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número telefónico:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Tutor legal**

Sí  No ¿Tiene alguien en su casa un tutor legal? Si es así, proporcione la información de esa persona.

Nombre de la persona: _____	Nombre de la persona: _____
Nombre del tutor: _____	Nombre del tutor: _____
Dirección del tutor: _____	Dirección del tutor: _____
Número telefónico del tutor: _____	Número telefónico del tutor: _____

**Designación de un representante autorizado (Opcional)**

Como solicitante o persona con autoridad legal para actuar en representación del solicitante, autorizo a, \_\_\_\_\_, (nombre) \_\_\_\_\_, y (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, a representar al solicitante de (dirección) \_\_\_\_\_ (número telefónico) \_\_\_\_\_ beneficios para proporcionar y recibir información relacionada con la solicitud y para tomar cualquier otra acción necesaria para completar el proceso de solicitud (incluyendo cualquier apelación). Si se determina que el solicitante califica, también autorizo a este representante a que continúe representando al solicitante con relación al recibo de beneficios, incluyendo el informe de cambios.

Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

# DECLARACIÓN DE ACUERDO - con su firma abajo usted reconoce lo siguiente:

**Informe de cambios:** Estoy de acuerdo en que reportaré, dentro de 10 días, todos los cambios que pudieran afectar mi elegibilidad.

**Información que tenemos sobre usted:** Entiendo, con ciertas excepciones, que tengo el derecho de solicitar y saber qué información tiene la Texas Health and Human Services Commission (HHSC) sobre mí. Entiendo que cuando lo solicite, tengo el derecho de recibir y revisar la información. También tengo el derecho de pedirle a la HHSC que corrija la información que se determine como incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.004 del Código Gubernamental).

**Al solicitar TANF:** Las leyes federales y estatales disponen que los derechos legales para sustento infantil y pensión alimenticia conyugal tienen que asignarse al Estado de Texas para todas las personas que reciban asistencia monetaria. Entiendo que esto significa que mientras alguna persona en mi solicitud o yo recibamos asistencia monetaria, el Estado tiene el derecho de cobrar la sustento o pensión, incluyendo cobros por sustento infantil o pensión alimenticia conyugal que se debía antes de que se pagara la asistencia monetaria.

Entiendo que cuando las personas en mi solicitud y yo dejemos de recibir asistencia monetaria, el Estado todavía podrá quedarse con ciertos cobros recibidos por concepto de sustento o pensión que se debían antes y durante el tiempo en que recibí la asistencia monetaria. Los cobros por sustento infantil se usarán para repagarle al Estado la asistencia que me pagó a mí, o a alguna persona en mi solicitud. También entiendo que tengo el derecho de reclamar una Buena Causa por no cooperar con el Departamento de Cumplimiento de Sustento Infantil si el establecer o hacer cumplir la orden de sustento o pensión resultaría en daños contra mí o algún niño bajo mi custodia. Si soy víctima de violencia doméstica y creo que el cobrar la sustento infantil me pudiera poner a mí o a mis niños en peligro, no se me puede pedir que coopere con los requisitos de sustento infantil y puedo reclamar una Buena Causa al indicarle a mi consejero de la HHSC los hechos que justifican la Buena Causa y al firmar el Reclamo de Buena Causa en cualquier momento en que reciba asistencia monetaria.

Entiendo que si intencionalmente doy información falsa o que se preste a malas interpretaciones, me pueden acusar de un delito estatal o federal, se me puede hallar culpable o puedo recibir un fallo diferido, recibir una sentencia para prestar servicios comunitarios o hasta 10 años en la cárcel, se me puede obligar a repagar los beneficios y se me puede descalificar permanentemente de recibir TANF. Entiendo que si violo intencionalmente el programa, se me descalificará para recibir asistencia financiera hasta por 12 meses por la primera violación y permanentemente por una segunda violación.

**Al solicitar Medicaid:** Yo entiendo que en la medida máxima en que lo permitan las leyes estatales y federales, HHSC retendrá cualquier pago médico que efectúe otro seguro médico y cualquier sustento médico en efectivo que recupere la Oficina del procurador general (OAG, por sus siglas en inglés) en mi nombre o el de mi hijo. Entiendo que el presentar esta solicitud y la aceptación de los beneficios de Medicaid tiene como consecuencia la asignación de derechos automática a HHSC de cualquier derecho que cualquier recipiente tenga a cobros obtenidos de terceros. Estoy de acuerdo en cooperar totalmente con la HHSC para recuperar dichos fondos.

Estoy de acuerdo en autorizar a cada proveedor de servicios de Medicaid a compartir información médica o de cualquier tipo sobre mí o sobre mis familiares con derecho a Medicaid para que los proveedores de Medicaid puedan recibir pagos.

Entiendo que al solicitar Medicaid para mi hijo doy permiso para dar información sobre cualquier padre que no viva con el niño. Si mi hijo y yo recibimos Medicaid, se enviará mi caso a la división de sustento infantil de la Oficina del procurador general. Si solamente mi hijo recibe Medicaid, entiendo que ser referido a la Oficina del procurador general para servicios de sustento infantil es voluntario. Si mi caso se envía a la Oficina del procurador general, estoy de acuerdo en cooperar para establecer la paternidad y sustento de mi hijo.

Reconozco/Acepto/Estoy de acuerdo que si doy información falsa o incorrecta o le permito a otra persona utilizar mi Formulario de identificación de Medicaid, estaré sujeto a una acusación formal y se me puede exigir que le devuelva al gobierno estatal o federal cualquier beneficio que obtenga incorrectamente.

**Al solicitar al programa de Estampillas para comida:** Reconozco que cualquier miembro de mi hogar que no cumpla las siguientes reglas no podrá recibir beneficios de Estampillas para comida durante un año para la primera ofensa, dos años para la segunda ofensa o permanentemente para la tercera ofensa. Se le puede imponer una multa de hasta \$250,000 o encarcelar hasta 20 años, o ambos, se le puede excluir del programa de Estampillas para comida según lo ordene la corte, puede perder deducciones y se le puede acusar bajo otras leyes estatales o federales:

- Hacer declaraciones falsas o que se presten a malas interpretaciones, verbales o por escrito, u ocultar información para obtener beneficios que el hogar no debería recibir.
- Usar o poseer beneficios de Estampillas para comida, Tarjetas Lone Star, así como otros medios de acceso al programa obtenidos de manera inapropiada
- Intercambiar o vender beneficios de Estampillas para comida, Tarjetas Lone Star, así como otros medios de acceso al programa

**Verificación:** Entiendo que la información que proporcione en esta solicitud puede ser verificada por la HHSC y otras agencias estatales y federales. Mi firma abajo autoriza la divulgación de esta información y representa que estoy de acuerdo en que se utilice esta información para verificar si las personas en mi hogar reúnen los requisitos para recibir beneficios.

## Información importante que debe saber antes de solicitar:

**Anualidades:** Usted debe revelar si usted o su cónyuge tiene algún interés en alguna anualidad o instrumento similar. Si determinamos que usted reúne los requisitos para Medicaid, el estado se convertirá en el beneficiario restante del instrumento.

**Declaración del Programa de Recuperación de Medicaid:** Entiendo que es posible que el costo de ciertos servicios de atención a largo plazo y cualquier servicio relacionado de hospital y de medicamentos con receta tendrá que pagarse con mis propiedades después de mi fallecimiento, salvo que mi familia llene ciertos requisitos para quedar exenta. (Para preguntas sobre la recuperación de Medicaid, llame al 1-800-458-9858 o envíe un correo electrónico a [merp@dads.state.tx.us](mailto:merp@dads.state.tx.us))

**Inmigración:** A usted se le pedirá que proporcione información sobre su estado de ciudadanía o inmigración para todas las personas (incluyéndole a usted) para las cuales desea asistencia. Si alguna de esas personas no desea darnos información sobre su estado de ciudadanía o inmigración, no calificará para recibir beneficios. Aun así, los demás miembros de la familia o del hogar pueden recibir beneficios si califican. Usted puede solicitar y recibir beneficios para miembros de su hogar que califiquen aun si su hogar incluye miembros que no califiquen por su estado de inmigración. Por ejemplo, los padres inmigrantes pueden solicitar beneficios para sus hijos que sean ciudadanos estadounidenses o hijos inmigrantes calificados aunque sus padres no califiquen para recibir beneficios. No tendrá que proporcionar información del estado de inmigración ni documentos para ningún miembro del hogar que no califique por su estado de inmigración y que no estén solicitando beneficios. Si usted, o los miembros de su hogar usan los programas de Medicaid, Seguro Médico para Niños (CHIP) o Estampillas para comida, esto no afectará su estado de inmigración ni el de los miembros de su hogar. Tampoco afectará su capacidad o la de los miembros de su hogar para recibir una tarjeta verde. La excepción es si recibió cuidado institucional a largo plazo, tal como el cuidado en un hogar de ancianos. El uso de TANF pudiera ocasionar problemas para obtener una tarjeta verde, especialmente si los beneficios representan el único ingreso de su hogar. Antes de solicitar, hable con alguna agencia que ayude a los inmigrantes con sus preguntas legales. Los refugiados y las personas a las que se les otorga asilo pueden usar cualquier beneficio, incluyendo asistencia monetaria, sin afectar sus posibilidades de obtener una tarjeta verde o la ciudadanía estadounidense.

**Raza / origen étnico y género:** Se le pedirá que proporcione información sobre su raza/trasfondo étnico y género y el de todas las personas para las cuales solicite asistencia. Esta información es voluntaria y se usa para asegurar que se proporcionen los beneficios sin distinción de raza, color, género y origen nacional. Esto no afectará el si el hogar califica ni la cantidad de beneficios.

**Información de salud y hospitalización:** De acuerdo con la ley estatal, un cliente de Medicaid cede automáticamente al HHSC su derecho a cobrarle a un seguro médico personal, a otras fuentes de pago y al dinero recibido como resultado de daños personales, en la medida en que la HHSC haya pagado por servicios médicos. Esto le permite al HHSC recuperar los costos de los servicios médicos que pague el programa de Medicaid. Cualquier solicitante o cliente que oculte información intencionalmente con respecto a cualquier fuente de pago por servicios médicos está violando la ley estatal.

**Números de seguro social:** Se le pedirá que indique los números de seguro social para todas las personas, incluido usted, para quienes solicita asistencia. Si alguna de estas personas no tiene un número de seguro social, podemos ayudarle a solicitar uno. Se exige que provea o solicite un número de seguro social como condición de derecho para recibir beneficios según lo requiere la Sección 1137 de la Ley del seguro social. La autoridad para estos requisitos es la siguiente: para beneficios de estampillas para comida, 7 C.F.R. 237.6, para beneficios de TANF, 45 C.F.R. 205.52 y para beneficios de asistencia médica, 42 C.F.R. 435.910. No compararemos su número de seguro social con la Oficina de servicios de ciudadanía e inmigración. No tendrá que indicar el número de seguro social de los familiares que no reúnan los requisitos debido a su situación migratoria y que no estén solicitando beneficios. Los números de seguro social se utilizan para verificar si reúne los requisitos, para efectuar comparaciones con otras agencias (tales como la Comisión de la fuerza de trabajos de Tejas, la Administración de seguro social, el Servicio de impuestos internos y agencias de informe de crédito) y con otras fuentes de comparación, y para recobrar beneficios a los que no tenía derecho. Podemos compartir los números de seguro social con las compañías de electricidad y de teléfono para ayudarles a determinar si tiene derecho para una reducción de sus cuentas o con otros para ayudarle a recibir beneficios basados en su necesidades.

**Discriminación:** Conforme a las leyes federales y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), así como a las políticas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), esta institución tiene prohibido discriminar por concepto de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo la Ley de Estampillas para comida y la política de la USDA, también se prohíbe la discriminación basada en creencias religiosas o políticas. Si usted siente que han discriminado en su contra, puede comunicarse por escrito con la oficina de Derechos Civiles a: Texas Health and Human Services Commission, Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, Austin, TX 78751 o llame al (888) 388-6332 (voz) o al (512) 438-2960 (TDD) o (512) 458-5885 (fax). También puede someter una quejuela al comunicarse con la USDA o el HHS. Escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escriba 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 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). La USDA y el HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

**Certifico bajo pena de perjurio, que la información que he ofrecido en esta solicitud es cierta y completa a mi mejor conocimiento. Si no lo es, estaré sujeto a una acusación criminal.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o de su representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona con autoridad legal para actuar en representación del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

(se tiene que presentar evidencia)

Número telefónico de la persona con autoridad legal: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo, si arriba se firmó con una "X":

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del testigo en letra de molde: \_\_\_\_\_



Nombre del solicitante:

Número de seguro social del solicitante:

**Otros programas disponibles para los texanos:**

**Los servicios del Programa contra la Violencia Familiar** están disponibles para las personas que han sido maltratadas física y emocionalmente o abusadas sexualmente por su pareja actual o antigua, un familiar u otra persona que vive en la casa. Los servicios son, entre otros: línea directa en casos de crisis durante las 24 horas: 1-800-799-7233 (SAFE) o TTY al 1-800-787-3224; refugio abierto las 24 horas; atención médica de emergencia; asesoría; transporte para emergencias; ayuda legal; información sobre posibilidades educativas para niños; y capacitación e información laboral sobre las oportunidades de empleo.

**Los servicios del Programa de Planificación Familiar** están disponibles para las mujeres en edad fértil que viven en Texas y tienen bajos recursos. El costo de los servicios depende de los ingresos de la persona y puede ser bajo o ninguno. Los servicios son, entre otros: un chequeo médico completo, incluso una revisión de la historia médica y un examen físico; visitas médicas de seguimiento y artículos para métodos conceptivos; envíos a servicios de atención prenatal y otra atención médica; anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos; y educación sobre la salud. Para encontrar una clínica cercana a usted, llame al 2-11.

**El Programa de Educación para Adultos y Alfabetización de la Familia** ayuda a los adultos y a los jóvenes que no van a la escuela a aprender a leer y a escribir en inglés; obtener el diploma de la preparatoria o GED y adquirir conocimientos para un empleo o para avanzar en su trayectoria profesional. Para más información, llame al 1-800-441-7323 (1-800-441-READ).

**El Programa de Prevención del Abuso del Alcohol y las Drogas** proporciona a las comunidades de Texas recursos de prevención y asesoría en casos de crisis. Para más información sobre los servicios contra el abuso de sustancias cerca de usted, llame al 1-877-966-3784 (1-877-9-NO DRUG).

**La Red de la Fuerza Laboral de Texas** administra centros por todo el estado para ayudar a las personas que buscan empleo. Los servicios son, entre otros, colocación en un empleo, ayuda para preparar el currículum y la solicitud de empleo, acceso a computadoras, impresoras, copiadoras y ayuda para poder trabajar como cuidado de niños, transporte y otros gastos relacionados con el trabajo. Para encontrar un centro de la Fuerza Laboral de Texas cerca de usted, llame al 2-1-1.

**El programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)** ayuda a las mujeres embarazadas, nuevas mamás y niños pequeños de bajos recursos a comer bien, a aprender sobre la nutrición y a mantenerse sanos. Los servicios son, entre otros, clases sobre nutrición, alimentos saludables (como leche, fórmula para bebés y jugo) e inmunizaciones. Para más información, llame al 1-800-942-3678.

Número de seguro social del solicitante: \_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del solicitante: \_\_\_\_\_

## Documentos que necesita enviar con su solicitud

Estampillas para Comida	Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)	Asistencia médica	Medicaid para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas	DOCUMENTOS QUE NECESITA COMO PRUEBAS
				Envíe los documentos que están marcados bajo el programa para el que está presentando la solicitud. Sólo necesita enviar los documentos pertinentes a su situación. Por ejemplo, si está solicitando estampillas para comida, pero no tiene una cuenta bancaria, no necesitamos estados de cuenta bancaria.
✓	✓	✓	✓	<b>Identidad</b> – licencia para manejar o tarjeta de identificación del Departamento de Seguridad Pública válidas. <b>Nota:</b> si tiene representante, éste tendrá que comprobar su identidad, además de dar pruebas de la identidad de usted.
✓	✓	✓	✓	<b>Seguro Social</b> – tarjeta o declaración de Seguro Social de la Administración de Seguro Social para cada persona.
	✓	✓	✓	<b>Ciudadanía</b> – pasaporte de Estados Unidos, Certificado de Naturalización, acta de nacimiento de Estados Unidos, expediente de nacimiento del hospital o tarjeta de Medicare.
✓	✓	✓	✓	<b>Calidad de extranjero o no ciudadano con elegibilidad</b> – tarjeta de registro de extranjero, documentación de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (antes la INS).
✓	✓	✓	✓	<b>Representante legal</b> – poder, orden de tutela, orden de la corte o documentos de la corte similares.
✓	✓	✓	✓	<b>Ingresos</b> – talones de cheques, copias de cheques, una declaración del empleador o documentos de que trabaja por su cuenta.
✓	✓	✓	✓	<b>Seguro Social, pensión, Administración de Veteranos, Seguridad de Ingreso Suplementario, indemnización laboral o compensación por desempleo</b> – carta de concesión o talones de cheques.
✓	✓	✓	✓	<b>Obligaciones de sustento de niños</b> – sentencia de divorcio, orden de la corte o copia del archivo del secretario distrital.
✓	✓	✓	✓	<b>Pago de sustento de niños</b> – copia del archivo del secretario distrital o una carta del padre que paga mostrando todas las cantidades y fechas en que se hicieron los pagos de sustento de niños, incluyendo el nombre de la persona, dirección, número telefónico, firma y fecha.
✓	✓	✓	✓	<b>Préstamos, regalos, contribuciones</b> – pagaré, contrato de préstamo, declaración de la persona que proporciona el dinero, incluyendo su nombre, dirección, número telefónico, firma y fecha.
✓	✓	✓	✓	<b>Cuentas bancarias</b> – estados de cuenta actuales de todas las cuentas.
✓	✓	✓	✓	<b>Acciones, bonos, fideicomisos, anualidades</b> – acuerdo de fideicomiso, contrato de anualidades, certificado de acciones, instrumento de bono o estados de cuenta actuales.
✓	✓	✓	✓	<b>Bienes inmuebles, petróleo, gas, derechos mineros</b> – declaración de impuestos más reciente, órdenes de división, escrituras o declaraciones de regalías.
✓		✓	✓	<b>Gastos médicos</b> – cuentas médicas, recibos o estados de cuenta del proveedor.
	✓	✓	✓	<b>Pólizas de seguro</b> – copias de pólizas de seguro de vida, entierro y salud; estados de cuenta del proveedor de seguro que muestren el valor actual. También podríamos necesitar la información y pólizas de seguro médico del trabajo de su cónyuge o ex cónyuge.
✓			✓	<b>Renta/hipoteca</b> – copias de cheques o talones de cheques, declaración del prestamista hipotecario o dueño. Además, si renta la casa, favor de proporcionar el nombre, la dirección y número telefónico del dueño.
✓			✓	<b>Servicios públicos</b> – sus cuentas de servicios públicos más recientes que muestren su nombre y dirección actual.
✓		✓		<b>Gastos de cuidado de dependientes</b> – copias de cheques o talones de cheques que muestren cuando y con qué frecuencia paga. Incluya una declaración firmada y fechada de la persona a la que le paga y que muestra la dirección y número telefónico de la persona, al igual que cuando y con qué frecuencia le paga.
✓		✓		<b>Embarazo</b> – expedientes médicos que confirman el embarazo o llame al 2-1-1 y pida la forma H3037, Informe de embarazo, o pida más información sobre como puede proporcionar pruebas.
	✓			<b>Nacimiento de los niños</b> – acta de nacimiento legal, certificado del hospital o fe de bautismo. También necesitaremos pruebas de que el niño vive con usted, tal como una declaración firmada del dueño de la casa o un vecino que no sea su familiar que incluye su nombre, dirección y número telefónico.
	✓			<b>Inmunizaciones para niños</b> – proporcionar expedientes de inmunizaciones o pruebas de inmunizaciones para cada niño menor de seis años que recibe TANF. Si usted cree que está exento de estos requisitos debido a sus creencias religiosas o demás, llame al 2-1-1 para la información que necesitaremos.

Nos comunicaremos con usted si necesitamos más información o si usted necesita tomar alguna acción.

Llame al 2-1-1 si tiene preguntas.



