

ESTADO DE NUEVA YORK
CÓMO LLENAR LA SOLICITUD PARA
ASISTENCIA TEMPORAL (TA) – ASISTENCIA MÉDICA (MA)
PROGRAMA DE AHORROS MEDICARE (MSP)
CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)
SERVICIOS (S), incluyendo el Cuidado de Crianza (FC)
ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS (CC)

Cada vez que lea las palabras «Asistencia Temporal» o «TA» en esta solicitud, se refieren a «Asistencia para Familias» y «Asistencia Red de Seguridad». A estos dos programas de Asistencia Pública se les conoce como «Asistencia Temporal». Los programas de servicios sociales se crearon para ofrecer ayuda temporal a aquellos que la necesitan. Ciertos programas ahora tienen límites sobre la duración de esta ayuda. Es importante que logre alcanzar la autosuficiencia tan pronto pueda. El Departamento local de Servicios Sociales está aquí para ayudarle a alcanzar la autosuficiencia. Por lo tanto, necesitamos saber quién es usted y qué necesita. Por esta razón se le ha pedido llenar esta Solicitud. La información que dé en esta solicitud nos indicará:

- **Quién es usted**
- **Dónde vive**
- **Cómo vive**
- **Cómo podemos ayudarle**

La solicitud y las instrucciones se han enumerado en secciones para que se le haga más fácil llenarla. Puede escribir encima de estos números donde sea necesario.

- FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE
- NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS
- ASEGÚRESE DE LLENAR TODAS LAS SECCIONES QUE APLIQUEN A SU CASO EN PARTICULAR
- SI ESTÁ HACIENDO UNA SOLICITUD COMO REPRESENTANTE DE OTRA PERSONA, FAVOR DE ESCRIBIR LA INFORMACIÓN DE ÉSA PERSONA, Y NO SU PROPIA INFORMACIÓN.
- SI PADECE DE ALGUNA INCAPACIDAD QUE NO LE PERMITA RELLENAR LA SOLICITUD Y/O ESPERAR A SER ENTREVISTADO, FAVOR DE COMUNICÁRSELO A LA RECEPCIONISTA. LA AGENCIA HARÁ TODO LO POSIBLE PARA ACOMODAR SU SITUACIÓN.

RETIRO: SI DESEA RETIRAR SU SOLICITUD, HABLE CON EL EXAMINADOR DE REQUISITOS.

Además de la «Solicitud» LDSS-2921-SP: verifique que le han entregado copias de:

- **LDSS-4148A-SP:** «Lo que usted debe saber acerca de sus derechos y responsabilidades»
- **LDSS-4148B-SP:** «Lo que usted debe saber acerca de los programas de servicios sociales»
- **LDSS-4148C-SP:** «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia»

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD**PROGRAMAS:**

1

Marque (✓) la casilla de CADA programa que usted o un miembro de su hogar desea solicitar. Debido a la reforma de asistencia social, la solicitud de Asistencia Temporal ya no se considera automáticamente una solicitud de Asistencia Médica. **Si desea solicitar ambos programas; Asistencia Temporal y Asistencia Médica, marque (✓) la casilla que lee Asistencia Temporal y Asistencia Médica. Si desea solicitar el Programa de Ahorros de Medicare, marque (✓) la casilla que lee Programa de Ahorros Medicare. Asistencia Médica incluye: Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A, Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados y Beneficios de Planificación Familiar. Si desea solicitar alguno de estos programas, marque la casilla (✓) que lee Asistencia Médica. Si reúne los requisitos de Asistencia Temporal pero decide que sólo necesita Asistencia para Cuidado de Niños, marque (✓) la casilla que lee Cuidado de Niños en vez de la que lee Asistencia Temporal. Si más tarde decide que en realidad necesita Asistencia Temporal, puede solicitarla cuando lo desee.** Si usted marca (✓) la casilla que lee «Pago de Emergencia solamente», usted está indicando que sólo solicita el pago único de emergencia, y como resultado no se le evaluará para los programas de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos o Asistencia Médica.

Si usted solicita Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos, y/o Asistencia Médica, normalmente se le pedirá presentarse a una sola entrevista para ese conjunto de programas.

DESEA RECIBIR**AVISOS EN:**

2

Marque (✓) la casilla «español e inglés» o «sólo inglés».

CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL:

Marque (✓) la casilla inglés o español o la casilla «otro», e indique su idioma principal.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**NOMBRE:**

Escriba en LETRA DE MOLDE su nombre legal incluyendo el primer nombre, la letra del segundo nombre y el apellido.

ESTADO CIVIL:

Escriba en LETRA DE MOLDE su estado civil **actual**: soltero(a) casado(a), viudo(a), legalmente separado(a) o divorciado(a).

Nº DE TELÉFONO:

Escriba CLARAMENTE el número de teléfono de su residencia, incluyendo el prefijo de área.

DIRECCIÓN RESIDENCIAL:

Escriba en LETRA DE MOLDE el número de la casa, la calle, avenida, carretera, etc., donde vive actualmente.

Apto. No: Escriba el número de su apartamento.

Ciudad: Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la ciudad donde vive.

Condado: Escriba en LETRA DE MOLDE el condado donde vive.

Estado: Escriba en LETRA DE MOLDE el Estado donde vive.

Código postal: Escriba el código postal de su dirección.

DIRIGIR CORRESPONDENCIA A:

Si recibe correspondencia a la atención de otra persona, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de esa persona.

DIRECCIÓN DE CORREO:

Si recibe su correspondencia en una dirección diferente de su residencia, escriba en LETRA DE MOLDE esa dirección en este espacio.

3

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (continuación)**

Si una agencia le está ayudando a llenar esta solicitud, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la agencia, la persona de la agencia que le está ayudando y el número de teléfono de esa persona.

**DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO
VIVE EN LA DIRECCIÓN ACTUAL:**

Escriba en CLARAMENTE el número de años y/o meses que lleva viviendo en su residencia actual.

OTRO Nº DE TELÉFONO:

Si se le puede llamar al número de teléfono de otra persona, escriba CLARAMENTE el nombre y el número de teléfono de esa persona. Si está trabajando, escriba CLARAMENTE el nombre y el número de teléfono de su empleador.

**INSTRUCCIONES PARA
LLEGAR A SU CASA:**

Escriba en LETRA DE MOLDE las instrucciones para llegar a su casa. Utilice señales conocidas.

DIRECCIÓN ANTERIOR:

Escriba en LETRA DE MOLDE la dirección donde vivió antes de mudarse a su dirección actual.

4

**SOLICITANTES DE CUPONES
PARA ALIMENTOS:**

Usted tiene derecho a presentar su solicitud de Cupones para Alimentos durante las horas de oficina el mismo día que la recibe. Debemos aceptar la solicitud si ésta contiene, por lo menos, su nombre, domicilio (si tiene alguno) y firma. Sin embargo, para saber si reúne o no los requisitos para recibir Cupones para Alimentos, tendrá que llenar toda la solicitud.

5

¿ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES APLICA A SU CASO?

Marque (✓) TODAS las que apliquen según su caso.

PÁGINAS 2 Y 3 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO CON USTED.

Escriba primero su nombre completo **EN LETRA DE MOLDE**. Luego escriba **EN LETRA DE MOLDE** los nombres de las demás personas que viven con usted.

- Marque (✓) el tipo o los tipos de asistencia que cada persona solicita: Asistencia Temporal (TA), Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA), Programa de Ahorros Medicare (MSP), Asistencia para el Cuidado de Niños (CC), Cuidado de Crianza (FC), y/o Servicios (S), o Pago de Emergencia **solamente** (EMRG).

NOTA: Los solicitantes de MSP deben llenar todas las secciones requeridas para MA.

- Escriba CLARAMENTE la fecha de nacimiento y el sexo de **todas** las personas que solicitan asistencia.
- Para cada solicitante, escriba en LETRA DE MOLDE el parentesco con usted (por ejemplo: esposa, hijo, hijo(a) a cuidado de crianza, amigo(a), inquilino(a), huésped, etc.).
- Escriba CLARAMENTE el número de Seguro Social de cada persona, **excepto si dicha persona:**
 - No está solicitando ningún tipo de asistencia o servicios; o
 - Es una mujer embarazada que está solicitando **únicamente** Asistencia Médica; o
 - Es un inmigrante que está solicitando **únicamente** Asistencia Médica o los beneficios como resultado de una condición médica de emergencia; o
 - Es un adulto que está solicitando **únicamente** servicios de protección para adultos; o
 - Está solicitando únicamente asistencia de cuidado de niños. (No tiene que informar los números de seguro social si usted solamente solicita asistencia de cuidado de niños, a no ser que usted solicite cuidado de niños como parte de un caso de servicios preventivos o en vez de recibir asistencia temporal).

NOTA: Otros Servicios, tales como cuidado de crianza, protección de niños, servicios preventivos para niños y orientación, son financiados por una variedad de fuentes económicas, muchas de las cuales requieren suministrar un número de Seguro Social. Si bien, algunos de estos servicios no requieren un número de Seguro Social, lo más probable es que usted no pueda disponer de estos servicios si no presenta un número de Seguro Social. Con el fin de ayudarle a usted y al resto de los solicitantes a obtener los beneficios máximos de estos servicios, le rogamos proporcionarnos el número de Seguro Social de todos los solicitantes.

- Último nivel educativo obtenido: Indique el último nivel de educación (1-12) obtenido por cada persona que solicita asistencia. Si son más de 12 años, escriba 13. Si no ha recibido ninguna educación formal, escriba 0. Si solicita **únicamente** Asistencia Médica o Servicios, no tiene que contestar esta pregunta.

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (continuación)

- 6
- Compra o preparación de las comidas: Para cada persona que viva con usted es importante marcar (✓) SÍ o NO a la pregunta «¿Compra alimentos o prepara las comidas con usted ésta persona (incluyendo sus niños menores de edad)?». Algunas veces, las personas que compran alimentos y preparan comidas por separado pueden obtener más beneficios de Cupones para Alimentos.
 - Raza / Grupo Étnico: Se debe llenar esta sección para cada persona que solicita asistencia, incluyendo la Asistencia para el Cuidado de Niños. Escriba **SÍ** o **NO** si pertenece al grupo de origen étnico hispano o latino, también escriba la letra que mejor describa su raza. El gobierno federal exige esta información. Si usted no llena esta sección, el entrevistador de la agencia la rellenará basándose en observación.

Si solicita **únicamente** Asistencia Médica, puede llenar esta sección si lo desea. Si no llena esta sección, el entrevistador de la agencia la rellenará basándose en observación.

Si solicita Cuidado de Crianza, llene esta sección únicamente con información sobre los niños para los cuales solicita este servicio. Si no completa esta sección, el entrevistador de la agencia la rellenará basándose en observación.

NOTA: Si solicita Servicios y no llena esta sección, no será posible prestarle ciertos servicios. Esto depende de la fuente de fondos económicos que utilizamos para pagar por estos servicios.

PÁGINA 2 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN SOBRE OTROS NOMBRES**

7 ESCRIBA EN **LETRA DE MOLDE** los nombres de soltera, nombres de matrimonios anteriores, u otros nombres que las personas indicadas anteriormente han utilizado o utilizan actualmente.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD**SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA**

Llene esta sección si está solicitando **Asistencia Médica, Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Cuidado de Crianza**.

NOTA: **NO** tiene que llenar esta certificación si está solicitando **únicamente Asistencia Médica y**

- 8
- Usted está embarazada, o
 - Usted está solicitando **únicamente** cobertura para el tratamiento de una condición médica de **emergencia**, o
 - Usted *no* es ciudadano estadounidense, indígena norteamericano o nacional estadounidense o inmigrante con situación de inmigración satisfactoria. **El término «situación satisfactoria de inmigración» significa que usted goza de un estado migratorio que no le impide recibir beneficios del programa correspondiente.** Si tiene preguntas acerca de su situación migratoria, favor de consultar la publicación LDSS-4148B-SP: «Lo que usted debe saber acerca de los programas de servicios sociales», o hable con la persona a cargo de su caso.

NOTA: **Tiene** que llenar esta sección si está:

- Solicitando **únicamente** Asistencia Médica; no tiene que incluir a las personas que no desean Asistencia Médica.
- Solicitando **únicamente** Asistencia para el Cuidado de Niños; debe proporcionar información solamente de los niños que recibirán Asistencia para el Cuidado de Niños.
- Solicitando **únicamente** Cuidado de Crianza; debe proporcionar información solamente de los niños que recibirán Cuidado de Crianza.
- Solicitando otros Servicios bajo ciertas circunstancias.

NOTA: Si solicita otros **Servicios** y no suministra la información requerida, no será posible prestarle ciertos servicios. Esto depende de la fuente de fondos económicos que utilizamos para pagar por estos Servicios.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD**CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA / ESTADO MIGRATORIO (continuación)**

Si solicita **Asistencia Médica, Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Cuidado de Crianza, debe rellenar y firmar** esta certificación escrita sobre su ciudadanía estadounidense o situación satisfactoria de inmigración.

NOTA: El término «situación satisfactoria de inmigración» significa que usted goza de un estado migratorio que no le impide recibir beneficios del programa correspondiente. Si tiene preguntas acerca de su situación migratoria, favor de consultar la publicación LDSS-4148B-SP: «Lo que usted debe saber acerca de los programas de servicios sociales», o hable con la persona a cargo de su caso.

NOTA: **NO** tiene que firmar esta certificación si solicita **únicamente Asistencia Médica** y:

- Usted está embarazada, o
- Usted está solicitando **únicamente** cobertura para el tratamiento de una condición médica de **emergencia**, o
- Usted no es **ciudadano estadounidense, indígena norteamericano o nacional estadounidense o inmigrante con estado migratorio satisfactorio**.

NOTA: **SE LE EXIGE** firmar esta certificación si usted es **ciudadano o nacional estadounidense, indígena norteamericano o inmigrante con situación migratoria satisfactoria**, y solicita:

- Asistencia Temporal (cuando hay niños en el hogar o una mujer embarazada); o
- Cupones para Alimentos; o
- Asistencia Médica (salvo si la solicitante está embarazada); o
- Programa de Ahorros Medicare; o
- Asistencia para el Cuidado de Niños (se requiere certificación **únicamente de** los niños); o
- Cuidado de Crianza (se requiere certificación **únicamente** de los niños); u
- Otros Servicios bajo ciertas circunstancias; o
- Pago de Emergencia **solamente**.

NOTA: Si solicita otros **Servicios** y no firma la certificación, no será posible prestarle ciertos servicios. Esto depende de la fuente de fondos económicos que utilizamos para pagar por estos Servicios.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD**CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA / ESTADO MIGRATORIO (continuación)**

Debe haber una firma y fecha de la firma de todas las personas que solicitan estos beneficios, salvo en las excepciones indicadas anteriormente.

- Un adulto miembro del hogar o un representante autorizado puede firmar a favor de todos los miembros correspondientes del hogar.
- Si alguno de los miembros solicitantes es menor de 18 años de edad (o tiene 18 años de edad o más, pero no puede firmar su propio nombre debido a un impedimento médico o una incapacidad), otro miembro del hogar que sea mayor de 18 años de edad debe firmar por él/ella.

NOTA: Cuando firme por otra persona, firme *su* propio nombre. **Por ejemplo:** si Mary Doe firma a favor del bebé por nombre Johnny Doe, debe firmar como Mary Doe.

Un *padre de familia* que no tenga un estado migratorio satisfactorio puede firmar por los hijos, si éstos poseen una situación de inmigración satisfactoria. **Por ejemplo:** una madre que no tenga un estado migratorio satisfactorio, puede firmar la certificación por los hijos ciudadanos estadounidenses.

NOTIFICACIÓN

No debe firmar esta declaración por usted o por otra persona que no sea: ciudadano(a) o nacional de Estados Unidos, indígena norteamericano, o inmigrante con una situación de inmigración satisfactoria. Las personas que no sean ciudadanas estadounidenses y que no tengan una situación de inmigración satisfactoria, no reúnen los requisitos para recibir ningún tipo de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos o Asistencia Médica (salvo la Asistencia Médica para mujeres embarazadas o cobertura de Asistencia Médica ÚNICAMENTE para tratamiento de una condición médica de emergencia). Además, es posible que dichas personas no reúnan los requisitos para recibir ciertos Servicios.

Es posible que sometamos a verificación ante la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS - siglas en inglés) la información que usted nos proporcione sobre la situación de inmigración de alguno o de todos los miembros del hogar que solicitan Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos o Servicios. La información que se reciba del USCIS puede afectar los requisitos necesarios y la cantidad de beneficios que su hogar reciba.

PÁGINA 5 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN SOBRE PADRE / MADRE QUE NO EJERCE CUSTODIA / SUSTENTO DE MENORES / AYUDA CON GASTOS MÉDICOS**

ÚNICAMENTE PARA SOLICITANTES DE ASISTENCIA TEMPORAL, ASISTENCIA MÉDICA, PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS:

Llene esta sección si alguna de las situaciones siguientes aplica a su caso en particular:

- 10
1. Usted o una de las personas que vive en su hogar está embarazada y el padre del niño por nacer vive en otro lugar.
 2. Está solicitando en nombre de una persona menor de 21 años de edad cuyos padres no viven en el hogar.
 3. Usted es menor de 21 años de edad y no vive con sus padres.

NOTA: No tiene que llenar esta sección si solicita únicamente Asistencia Médica y está embarazada, dio a luz en los dos últimos meses, o solicita solamente a nombre de niños menores de 21 años de edad. Si desea coleccionar los gastos médicos del padre / madre que no tiene la custodia, debe llenar esta sección.

INFORMACIÓN SOBRE CÓNYUGE AUSENTE / FALLECIDO

- 11
- PERTINENTE SÓLO A LOS SOLICITANTES DE ASISTENCIA TEMPORAL, ASISTENCIA MÉDICA, PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS:** Si alguno de los solicitantes es casado(a) y su esposo(a) *no* vive con él / ella, llene lo que pueda en esta sección. Si no sabe dónde vive actualmente esa persona, escriba en LETRA DE MOLDE el domicilio más reciente que usted conoce.

INFORMACIÓN SOBRE HIJOS AUSENTES

- 12
- PERTINENTE SÓLO A SOLICITANTES DE ASISTENCIA TEMPORAL, ASISTENCIA MÉDICA, PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS.** Si alguno de los solicitantes tiene un(a) hijo(a) menor de 18 años de edad viviendo en otro lugar, favor de indicar el nombre del hijo / de la hija y el de los padres.

INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

- 13
- Únicamente los solicitantes de Asistencia Temporal deben llenar esta sección. Si alguno de los solicitantes miembro del hogar es un padre o una madre adolescente menor de 21 años de edad, indique el nombre. Si el niño del padre adolescente vive en el hogar, indique el nombre del niño.

PÁGINA 6 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS**

14 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) o para las personas que viven con usted. Para cada respuesta afirmativa, escriba la cantidad en dólares (\$) o el valor y el nombre de la persona que recibe el ingreso.

NOTA: Pagos por Cuidado de Crianza y beneficios de Cupones para Alimentos – Si usted recibe pagos por Cuidado de Crianza por un niño(a) o un adulto, tiene las siguientes dos opciones. Puede incluir el niño o adulto bajo cuidado de crianza y los pagos por el cuidado de crianza que recibe el hogar beneficiario de Cupones para Alimentos o puede elegir **no incluir** ni las personas que reciben el cuidado de crianza ni los pagos que recibe por el cuidado de crianza. Pregúntele a la persona a cargo de su caso cuál de estas dos opciones le permitiría recibir el máximo beneficio en Cupones para Alimentos.

INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO / MADRASTRA / PATROCINADOR DE INMIGRANTE

15 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a), para su cónyuge y para todos aquellos que estén solicitando asistencia. Para cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la persona a la cual se refiere la respuesta.

PÁGINA 7 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN LABORAL**

Llene esta página con su información y la de los solicitantes de asistencia.

16 **NOTA:** Aunque usted tenga un trabajo, puede que reúna los requisitos para recibir Asistencia Temporal, Asistencia Médica u otros programas de atención de la salud, Servicios y/o Cupones para Alimentos, y ayuda con el pago de los gastos por el cuidado de sus niños.

PÁGINA 8 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN**

17 Llene esta página con su información y la de los solicitantes de asistencia, incluyendo la Asistencia para el Cuidado de Niños y/o Cuidado de Crianza u otros servicios. Asegúrese de contestar la pregunta sobre la escuela a la que asisten sus hijos.

NOTA: Si solicita **únicamente** Asistencia Médica, no tiene que llenar esta página.

PÁGINA 9 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS ECONÓMICOS**

Marque cada pregunta (✓) SÍ o NO para si mismo(a) o para todas las personas que solicitan asistencia. Por cada respuesta afirmativa, escriba CLARAMENTE la cantidad o el valor en dólares (\$) y el nombre de la persona que tiene ese recurso. **Asegúrese de incluir toda tenencia compartida.** Los solicitantes de Asistencia Temporal y Asistencia Médica deben contestar estas preguntas con relación a los familiares que tienen la responsabilidad legal. **Estas son las personas que por ley tienen la responsabilidad de mantenerle económicamente, tal como** su cónyuge, y si usted es menor de 21 años de edad, sus padres, padrastros o tutores que viven con usted.

NOTA: NO tiene que llenar esta sección:

- Si usted solicita **únicamente** Asistencia Médica para niños menores de **19 años de edad** o está embarazada.
- Si solicita **únicamente** Servicios (*excepto el Cuidado de Crianza*) y/o la Asistencia para el Cuidado de Niños.
- Si solicita **únicamente** Cupones para Alimentos **no** tiene que contestar la pregunta sobre seguro de vida.

NOTA: Si solicita el servicio de Cuidado de Crianza, debe llenar esta sección.

Tiene otros recursos además de los indicados arriba: Incluya casas de campo, vehículos para acampar, motos para la nieve, barcos, etc.

NOTA: Es importante informarle, inmediatamente, a la persona a cargo de su caso si consigue o espera conseguir un monto global. Un monto global es un pago único, tal como una compensación de una compañía de seguros, una herencia, una indemnización proveniente de una demanda o premio de lotería. Consulte la publicación LDSS-4148A-SP: «Lo que usted debe saber acerca de sus derechos y responsabilidades», para más información acerca de los montos globales.

NOTA: Si usted o su cónyuge transfieren o donan algún bien dentro de los 36 meses (60 meses para transferencias a un fideicomiso) con anterioridad al primer día del mes en el que usted recibe servicios de enfermería, y presenta una solicitud para Asistencia Médica, es posible que no reúna los requisitos para recibir servicios de enfermería o servicios domiciliarios y dispensas especiales de servicios comunitarios bajo el Programa de Asistencia Médica.

PÁGINA 10 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN MÉDICA**

19

Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todas las personas que solicitan asistencia. Para cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE la información solicitada. Asegúrese de indicar todos los seguros de salud y seguros hospitalarios / de accidente que usted tenga o que estén disponibles a los solicitantes. Es posible que el programa de Asistencia Médica pague los gastos por atención médica que usted recibió durante los tres meses previos al mes en que usted solicita la ayuda. Si ya pagó la factura, es posible que le reembolsemos los gastos, si determinamos que en la fecha específica usted hubiese podido reunir los requisitos de Asistencia Médica. Pagaremos los gastos, aunque el médico o proveedor no acepte el programa de Asistencia Médica. Sin embargo, sólo pagaremos la cantidad provista por Asistencia Médica y por los servicios en la factura comprendidos dentro del mismo plan.

ELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

Si usted reúne los requisitos del programa Family Health Plus, debe escoger un plan de salud con el fin de recibir servicios médicos. Si desea mantener su médico actual, debe adherirse al plan de salud participante de su médico. Si desea escoger un nuevo médico o centro de salud, solicítelo por teléfono del plan que elija. Una vez se inscriba a un plan de salud, debe usar los médicos y hospitales participantes del plan.

Algunas personas inscritas en Medicaid deben adherirse a un plan de salud. A otras no se les exige. Si usted o los miembros de su familia habilitan para participar en Medicaid y usted reside en un condado que exige la inscripción en un plan de salud, le inscribiremos en el plan de salud de su elección, siempre y cuando ese plan participe en Medicaid. Si usted reside en un condado donde no se le requiere adherirse a un plan de salud, le inscribiremos en el plan de salud de su elección, a no ser que usted nos indique que no desea inscribirse en este plan, marcando la casilla en esta sección. La persona que lo entrevistó le dará más detalles.

Al día siguiente de solicitar Asistencia Médica, debe cerciorarse que el médico o proveedor acepta el plan de Asistencia Médica antes de recibir atención médica.

PÁGINA 11 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA**

20

Escriba **EN LETRA LEGIBLE** la cantidad que paga por alquiler, hipoteca, pensión u otro arreglo realizado para tener alojamiento. Si tiene un pago de hipoteca, incluya los impuestos a la propiedad, seguro de vivienda (incluyendo seguro contra incendios) y valoraciones, en el espacio que indica Cantidad por gastos de vivienda. Marque (✓) SÍ o NO si usted o alguna de las personas que viven con usted paga por calefacción u otros servicios públicos. Asegúrese de contestar la última pregunta al final de la sección.

NOTA: Si solicita Cuidado de Crianza, debe llenar esta sección.

NOTA: No tiene que llenar esta sección si solicita únicamente Servicios (*aparte del servicio de Cuidado de Crianza*) y/o Asistencia para el Cuidado de Niños.

NOTA: Si no está seguro(a) cómo contestar las preguntas pertinentes al tipo de vivienda o la suma de sus gastos de vivienda, consulte con la persona a cargo de su caso.

PAGINA 12 DE LA SOLICITUD**INFORMACIÓN SOBRE GASTOS ADICIONALES**

21

Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todas las personas que solicitan asistencia. Por cada respuesta afirmativa, escriba la cantidad en dólares (\$).

PAGINA 12 DE LA SOLICITUD**OTRA INFORMACIÓN**

Marque cada pregunta (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todas las personas que solicitan asistencia.

NOTA: «Las Fuerzas Militares de Estados Unidos» se refiere a:

22

- Ejército de EE.UU. - Naval de EE.UU. - Guardacostas de EE.UU.
- Marina de EE.UU. - Fuerza Aérea de EE.UU. - Marina Mercante de EE.UU. durante la II Guerra Mundial

ASISTENCIA: Si usted o alguien que vive con usted en este momento recibe o alguna vez recibió Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Servicios, marque (✓) la(s) casilla(s) SÍ. Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de esta persona, el tipo de asistencia recibido, dónde se recibió, y la última fecha en que se recibió esa asistencia.

ESTADO DE TRASPASO DE PROPIEDAD: Marque (✓) la casilla **HE...** o la casilla **NO HE....**

NOTA: La ley del Estado de Nueva York estipula multas, cárcel o ambas contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños.

PÁGINA 13 DE LA SOLICITUD

NO ESCRIBA EN ESTA PÁGINA A NO SER QUE usted desee retirar la solicitud hecha de algún programa indicado en la esquina superior derecha de la página 13 de la solicitud. Si desea retirar la solicitud de algún programa, indíquelo marcando (✓) la casilla correspondiente a dicho programa y firmando donde se indica. Se retirará la solicitud solamente del programa que usted marque.

PÁGINA 14 DE LA SOLICITUD**LEY DE PRIVACIDAD / REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS / MANUTENCIÓN / INFORMACIÓN SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS**

23

Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

24

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA RECIBIR LOS CUPONES PARA ALIMENTOS: Si solicita Cupones para Alimentos y desea que otra persona que no forma parte de su hogar reciba los Cupones para Alimentos a su favor, o que compre los alimentos por usted, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre, la dirección y el número de teléfono de dicha persona.

25

SANCIONES / ADVERTENCIA SOBRE LAS SANCIONES RELACIONADAS CON LOS CUPONES PARA ALIMENTOS (FS):

Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

NOTA: La ley del Estado de Nueva York estipula multas, cárcel o ambas contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Programa de Ahorros Medicare, Cupones para Alimentos, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños.

PÁGINAS 15 Y 16 DE LA SOLICITUD
--

26 CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS: Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

NOTA: El solicitante o beneficiario de *Lifeline*, Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos debe marcar (✓) la casilla si **no desea** autorizar a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados la posible revelación de su nombre y dirección al proveedor de servicios telefónicos. Su proveedor de servicios telefónicos podría usar esa información con el objeto de brindarle la tarifa de descuento telefónico *Lifeline*. *Lifeline* es la tarifa básica más económica de servicios telefónicos.

Sólo los solicitantes / beneficiarios de Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar inscripción al servicio económico de *Lifeline*.

27 AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR REEMBOLSO POR PARTE DEL SSI: Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. Si esta es una solicitud para Asistencia Temporal y ambos cónyuges viven juntos y solicitan Asistencia Temporal, ambos deben firmar la sección de Firmas al final de la página.

NOTA: La Administración del Seguro Social puede considerar la fecha en que presenta esta autorización escrita ante la oficina local de servicios sociales, como la fecha cuando usted comienza a satisfacer los requisitos para recibir beneficios del SSI, si usted somete una solicitud para beneficios iniciales de SSI dentro de los próximos 60 días.

28 FIRMAS: Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. La ley del Estado de Nueva York estipula multas, cárcel o ambas contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Programa de Ahorros Medicare, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Servicios.

Firme su nombre. Feche la solicitud. Cuando **ambos** cónyuges que viven juntos solicitan Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Asistencia para el Cuidado de Niños o Servicios, **ambos** deben firmar. Si solicita **únicamente** Cupones para Alimentos, se requiere una sola firma. Si ha llenado la solicitud a favor de otra persona, firme con **su propio nombre** aquí y escriba la fecha.

AVISO: Los solicitantes de Asistencia Temporal, Programa de Ahorros Medicare, Asistencia Médica, Asistencia para el Cuidado de Niños, Servicios y Cupones para Alimentos, que no estén de acuerdo con los resultados de su solicitud, tienen derecho a solicitar una audiencia imparcial comunicándose con: *Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary & Disability Assistance, PO Box 1930, Albany, New York 12201.*

La información contenida en la solicitud será inscrita y almacenada en el sistema estatal conocido como el Sistema de Administración de Asistencia Pública (Welfare Management System–WMS siglas en inglés). El propósito de este sistema es mejorar la administración de los programas de Servicios Sociales e impedir el fraude.

NOTA: La última página de esta Solicitud es una hoja de inscripción de votante. Si necesita que alguien le ayude a llenarla, comuníquese al examinador de requisitos. El inscribirse o no para votar, no afecta la cantidad de asistencia que pueda otorgarle esta agencia.