

## Revisión de elegibilidad

Si necesita ayuda para leer o completar este formulario, no dude en consultarnos.  
Guarde esta página para sus archivos.

### ¿Cómo se solicita la asistencia financiera o alimentaria?

- Puede **comenzar** el proceso ahora enviando esta revisión a una oficina de servicios comunitarios. Debe incluir su nombre, dirección y firma o la firma de un representante autorizado. Puede presentar su revisión ahora incluso si solo contiene estos tres elementos.
- Puede obtener más beneficios o conseguirlos antes si completa el formulario respondiendo las preguntas, firmando la página siete y entregándonos su revisión y cualquier otra información que le pidamos lo antes posible.
- Puede presentar su revisión en una oficina local o por fax al 1-888-338-7410. Consulte [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) para conocer las ubicaciones.
- Envíe su revisión por correo a una de las siguientes direcciones:

DSHS	DSHS
CSD-Customer Service Center	Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 11699	PO Box 45826
Tacoma, WA 98411-6699	Olympia, WA 98504-5826
- Puede completar esta revisión su solicitud en línea en [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org).
- **Este formulario de revisión de elegibilidad solo se puede utilizar para renovar la cobertura para los programas de Washington Apple Health indicados en este formulario. Para obtener otra cobertura de atención médica, debe solicitarla en línea en [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org), llamando al 1-855-923-4633 o utilizando la solicitud para cobertura de atención médica de la HCA (HCA 18-001).**

### ¿En cuánto tiempo puedo recibir asistencia alimentaria y financiera?

- Si necesita asistencia alimentaria de inmediato, rellene las preguntas 1 a 14 y lleve este formulario a su oficina local. Decidimos si es elegible para obtener la asistencia alimentaria *en un plazo de 7 días* si presenta una prueba de su identidad y cumple con las reglas de elegibilidad:
- Emitimos beneficios al día siguiente de que decidamos que usted es elegible.
- La asistencia alimentaria normalmente comienza el día en que recibimos su solicitud.
- La asistencia financiera normalmente comienza el día en que disponemos de toda la información para decidir si usted es elegible.
- Debemos decidir si es elegible para obtener la asistencia alimentaria en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que presente su solicitud.
- Si presenta su solicitud desde una institución, la fecha de inicio es la fecha de su libertad o alta.

### Si solicita asistencia alimentaria y otros programas:

Debemos seguir las reglas del SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) para procesar su solicitud. Esto incluye el procesamiento de la solicitud dentro de los plazos, la emisión de notificaciones adecuadas y el asesoramiento sobre sus derechos administrativos. No podemos rechazar su asistencia alimentaria solo porque le hayan rechazado la solicitud de otros programas de asistencia.

### Derechos civiles y no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del US Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con alguna discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para recibir información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas americana, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se encuentra en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>. También puede hacerlo desde cualquier oficina del USDA llamando al (833) 620-1071 o enviando una carta dirigida al USDA. En la carta, debe proporcionar el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, junto con una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con detalles suficientes para informarle al Assistant Secretary for Civil Rights (Subsecretario de los derechos civiles, ASCR) la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles.

Debe enviar el formulario AD-3027 completo o la carta a las siguientes direcciones:

1. **correo:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; o
2. **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Estatus migratorio y Social Security Numbers (Números de Seguro Social)**

Es posible que pueda obtener ayuda para algunas personas con las que vive, aunque otras no puedan obtenerla debido a su estatus migratorio. Debe comunicarnos el estatus migratorio de toda persona que presente una solicitud. El USCIS (anteriormente conocido como INS) puede verificar el estatus migratorio de los miembros del hogar. La información recibida del USCIS puede afectar la elegibilidad y la cantidad de beneficios. Contamos con una cobertura de atención médica que puede cubrir a algunos extranjeros.

De acuerdo con la ley federal (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), debe facilitarnos el Social Security Number (Número de Seguro Social, SSN) de cualquier persona con la que viva y que solicite Washington Apple Health, TANF o asistencia alimentaria. Es posible que también necesitemos los SSN de los padres y cónyuges que vivan con usted pero no presenten la solicitud. Contamos con una cobertura de atención médica para algunas personas que no tengan un SSN.

**Ciudadanía e identidad para Washington Apple Health**

Los ciudadanos estadounidenses deben demostrar su ciudadanía e identidad para poder recibir Washington Apple Health. Podemos ayudarlo a conseguir la prueba. Si necesitamos un documento por el que tenga que pagar, lo solicitaremos y pagaremos su costo. No necesitamos ninguna prueba para ninguna persona en su hogar que reciba Medicare, el Social Security Disability Insurance (Seguro Social por Discapacidad, SSDI) según su discapacidad o el Supplemental Security Income (Seguro de Ingreso Suplementario, SSI).

**Reembolso al estado por atención médica y atención a largo plazo**

De acuerdo con la Ley de Recuperación de Herencia del estado de Washington (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), puede que deba reembolsar por medio de su herencia los costos que el estado pagó por determinados tipos de servicios y apoyos médicos y servicios a largo plazo que usted recibió después de cumplir 55 años. No hay límite de edad si recibió servicios financiados solo por el estado. La recuperación de herencia comienza después de su fallecimiento; el pago corresponde después del fallecimiento de su cónyuge sobreviviente o cuando su hijo o hijos cumplen 21 años, a menos que tuviesen ceguera o discapacidad en el momento de su fallecimiento. El estado puede solicitar un gravamen antes del fallecimiento sobre sus bienes inmuebles, a cualquier edad, si usted vive en una residencia para ancianos y es poco probable que vuelva a su casa. El estado puede cobrar este gravamen si vende o transfiere sus bienes, o después de su fallecimiento. Si vuelve a su casa, el estado levantará el gravamen. Para obtener más información, incluso una lista de los servicios sujetos a la recuperación de herencia, consulte el capítulo 182-527 del WAC.

**Privacidad y su asistencia financiera y alimentaria**

La Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 nos permite recopilar la información que pedimos en la solicitud. Proporcionar la información solicitada es voluntario. Sin embargo, no proporcionar la información sin una buena razón puede dar lugar a la denegación de los beneficios de alimentos básicos. Verificamos parte de la información con programas informáticos de comparación, incluido el Income and Eligibility Verification System (Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad, IEVS) federal.

Usamos esta información para:	Podemos proporcionarle esta información a:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decidir quiénes son elegibles para nuestros programas.</li> <li>• Cobrar sobrepagos por asistencia alimentaria.</li> <li>• Gestionar nuestros programas.</li> <li>• Asegurarnos de cumplir con la ley.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agencias estatales y federales, para uso oficial.</li> <li>• Agencias a cargo del orden público que buscan a quienes escapan para evadir la ley.</li> <li>• Agencias privadas de colección que reclaman los sobrepagos de la asistencia alimentaria.</li> </ul>

La información reportada al Department of Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y de Salud) podría interferir con la elegibilidad para cobertura médica suministrada por la Health Care Authority (Autoridad Sanitaria) e Intercambio de Beneficio de Salud.

**Precaución de sanción de asistencia alimentaria**

**Confirmamos con otras agencias si su información es correcta.** Si alguna parte de la información es incorrecta, puede que quienes presentaron la solicitud para la asistencia alimentaria no la reciban.

**Si algún miembro infringe las reglas deliberadamente, puede que ocurra lo siguiente:**

- Esté sujeto a un proceso penal conforme a otras leyes federales y estatales pertinentes.
- Quede excluido del SNAP durante al menos un año o incluso de manera permanente.
- Reciba una multa de hasta \$250,000.
- Sea condenado a hasta 20 años de prisión.
- Quede excluido del SNAP durante 18 meses más, si el tribunal lo ordena.

**Si un tribunal lo declara culpable de:**

Recibir beneficios en una transacción que involucra:	Puede que:
• La venta de una sustancia controlada.....	Lo descalifiquen durante al menos dos años y hasta de manera permanente.
• La venta de armas de fuego, municiones o explosivos.....	Lo descalifiquen de manera permanente.
• El tráfico de beneficios combinados por más de \$500 .....	Lo descalifiquen de manera permanente.
• Un fraude de identidad o residencia .....	Lo descalifiquen durante 10 años.

## Revisión de elegibilidad

Consúltenos si necesita ayuda para rellenar este formulario.

Solo para beneficios alimentarios, si no puede completar este formulario hoy, comience el proceso enviando su **nombre, dirección y firma**. Se requiere una firma en la **página 7 para completar su formulario de revisión de elegibilidad**. Puede que necesitemos más información y llevar a cabo una entrevista para terminar de revisar su caso.

1. NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (SI SE CONOCE)
3. DIRECCIÓN EN DONDE VIVE	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	4. NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE
5. DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	6. NÚMERO(S) DE TELÉFONO SECUNDARIO(S) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE
8. Solicito (marque todas las que correspondan):		7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

- Efectivo  Residencia de vivienda asistida/Residencia familiar para adultos
- Alimentos  Servicios de atención a largo plazo a domicilio
- Medicare Savings Program (Programa de Ahorros de Medicare)  Residencia para ancianos
- Cuidados paliativos  Healthcare / Workers with Disabilities (atención de salud para trabajadores con discapacidades, HWD)
- Cobertura de atención médica para aged, blind, or disabled (personas mayores, ciegas o con discapacidad)
- Apoyos personalizados para servicios para adultos mayores

9. Yo o alguien en mi hogar (marque todas las opciones que correspondan):  Sufrimos violencia doméstica  
 Tenemos una discapacidad  No podemos trabajar por problemas de salud  
 Cursamos un embarazo; nombre: \_\_\_\_\_ fecha prevista del parto: \_\_\_\_\_

10. ¿Cuánto dinero tiene previsto recibir su hogar este mes? \$ \_\_\_\_\_
11. ¿Cuánto dinero tiene su hogar en efectivo y en cuentas bancarias? \$ \_\_\_\_\_
12. ¿Cuánto paga su hogar por alquiler o hipoteca? \$ \_\_\_\_\_
13. ¿Qué servicios públicos paga su hogar?  Calefacción/refrigeración  Teléfono  Otro: \_\_\_\_\_
14. ¿Hay algún trabajador agrícola temporal o migrante en su hogar?  Sí  No
15. Si solicita asistencia alimentaria, ¿para cuántas personas compra y prepara alimentos en su hogar? \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA: hogar elegible para servicio agilizado:  Sí  No Iniciales del evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

16.  Necesito un intérprete. Hablo: \_\_\_\_\_ o  señas; traducir mis cartas al: \_\_\_\_\_

17. Enumere a todos los miembros de su hogar incluso si no solicita para ellos (adjunte hojas adicionales, si es necesario).

NOMBRE (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	GÉNERO	¿QUÉ RELACIÓN TIENE ESTA PERSONA CON USTED?	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE SI QUIERE BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA	SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)	OPCIONAL PARA NO SOLICITANTES		
						MARQUE SI ES CIUDADANO DE EE. UU.	RAZA (VER MUESTRAS A CONTINUACIÓN)	NOMBRE DE LA TRIBU (Para indios americanos, nativos de Alaska)
		Yo mismo		<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"/>		



NOMBRE DE SOLICITANTE	SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
<p>18. Mi origen étnico es hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>La información sobre la raza y el origen étnico es voluntaria y no afectará la elegibilidad ni la cantidad de beneficios. Esta información se utiliza para garantizar que los beneficios del programa se distribuyen sin distinción de raza, color o nacionalidad. Para la asistencia alimentaria, USDA nos obliga a responder por usted si no se proporciona ninguna información. Marcaremos “no informado” si no responde. <b>Ejemplos de razas:</b> blanco, negro o afroamericano, asiático, nativo de Hawái, isleño del Pacífico, indio americano, nativo de Alaska o cualquier combinación de razas.</p>		
<b>I. Información general</b>		
<p>1. En los últimos 30 días, he recibido dinero en efectivo o alimentos de otro estado, tribu u otra fuente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. Alguien para quien estoy solicitando vive fuera del estado de Washington: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quién: _____</p> <p>3. Yo o alguien de mi hogar somos extranjeros patrocinados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quién: _____</p> <p>4. Yo o alguien en mi hogar mayor de 16 años está en (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> La escuela secundaria <input type="checkbox"/> Un programa de equivalencia de escuela secundaria <input type="checkbox"/> La universidad <input type="checkbox"/> Una escuela de comercio Quién: _____</p> <p>5. Alguien está temporalmente fuera de mi hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quién: _____</p> <p>6. Yo o alguien de mi casa hemos servido en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o la Reserva de los EE. UU. o hemos sido dependientes o cónyuges de alguien que ha servido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, quién: _____</p> <p>7. Yo o alguien para quien estoy solicitando estamos huyendo de la ley para evitar presentarnos ante un Tribunal de Primera Instancia o ir a la cárcel por un delito mayor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. Vivo en: <input type="checkbox"/> Mi propia casa o apartamento <input type="checkbox"/> Hogar de cuidado grupal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Centro (indique tipo): _____ Fecha de ingreso: _____</p> <p>9. Soy: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Tengo una pareja doméstica registrada</p> <p>10. Yo o alguien de mi casa hemos sido condenados por intercambiar asistencia alimentaria por drogas después del 22 de septiembre de 1996: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. Yo o alguien de mi casa hemos sido condenados por comprar o vender asistencia alimentaria por más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. Yo o alguien de mi casa hemos sido condenados por intercambiar asistencia alimentaria por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. Yo o alguien de mi casa hemos sido condenados por recibir asistencia alimentaria en más de un estado después del 22 de septiembre de 1996: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. Yo o alguien en mi casa estamos: a. En huelga: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. En un internado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. Yo o alguien de mi grupo familiar ganamos \$4,250 o más en premios de lotería o juegos de azar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, quién: _____ Fecha de recepción: _____ Monto (monto en dólares sin incluir impuestos): _____</p>		
<b>II. Información sobre el seguro de salud (no es necesaria para alimentos básicos)</b>		
<p><b>Yo, mi cónyuge o alguien en mi hogar:</b></p> <p>1. Planeamos ingresar a un centro médico, nos encontramos en uno o dejamos recientemente uno (como un hospital o una residencia para ancianos).....<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. Necesitamos ayuda para pagar las facturas médicas de cualquiera de los siguientes en los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. Tenemos seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Medicare (no Washington Apple Health) <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Seguro de atención a largo plazo <input type="checkbox"/> Indian Health Services (servicios médicos para indígenas) <input type="checkbox"/> Otro seguro médico:</p>		
<b>III. Recursos (adjunte una prueba; no es necesario para HWD ni para alimentos básicos)</b>		
<p>Un recurso es cualquier cosa que posee o adquiere que puede venderse, intercambiarse o convertirse en efectivo o dinero en poder de otros. Un recurso no incluye bienes personales como muebles o ropa. Algunos ejemplos de recursos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinero en efectivo</li> <li>• Cuentas corrientes</li> <li>• Cajas de ahorro</li> <li>• Fondos universitarios</li> <li>• Fideicomisos</li> <li>• IRA / 401k</li> <li>• Casas, terrenos o inmuebles</li> <li>• Certificados de depósitos</li> <li>• Cuenta del mercado monetario</li> <li>• Garantías</li> <li>• Fondos de jubilación</li> <li>• Fondos para entierros, planes de prepago</li> <li>• Equipos para empresas</li> <li>• Ganado</li> <li>• Seguro de vida</li> </ul>		

NOMBRE DE SOLICITANTE		SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
<b>III. Recursos (adjunte una prueba; no es necesario para HWD ni para alimentos básicos) (continuación)</b>					
1. Enumere los recursos que usted, su cónyuge o la persona para la que está solicitando poseen o están adquiriendo:					
RECURSO		QUIÉN LO POSEE		UBICACIÓN	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
2. Yo, mi cónyuge o alguien para quien estoy solicitando tenemos automóviles, camiones, furgonetas, embarcaciones, vehículos recreativos, remolques u otros vehículos de motor:					
AÑO (POR EJEMPLO, 1980)	MARCA (POR EJEMPLO, FORD)	MODELO (POR EJEMPLO, ESCORT)	MARQUE SI ES ALQUILADO	MARQUE SI EL VEHÍCULO SE UTILIZA PARA FINES MÉDICOS	MONTO ADEUDADO
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. Yo, mi cónyuge o alguien para quien estoy solicitando hemos vendido, intercambiado, regalado o transferido un recurso en los últimos dos años (incluidos fideicomisos, vehículos o propiedades vitalicias): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si contestó que sí, qué: _____ cuándo: _____					
<b>IV. Anualidades (Inversiones realizadas por cualquier miembro del hogar para recibir pagos regulares ahora o en el futuro).</b>					
¿A QUIÉN PERTENECE LA ANUALIDAD?	¿EMPRESA O INSTITUCIÓN?	CANTIDAD O VALOR	INGRESO MENSUAL	FECHA DE COMPRA	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
Si usted o su cónyuge están interesados en una anualidad y aceptan la cobertura de atención a largo plazo de Washington Apple Health, relacionada con el SSI o necesaria (CN), debe nombrar al estado de Washington como beneficiario remanente de la anualidad.					
<b>V. Ingresos salariales (adjunte prueba)</b>					
1. Yo, mi cónyuge o alguien para quien estoy solicitando tuvimos un trabajo que terminó en los últimos 30 días: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
2. Yo, mi cónyuge o alguien para quien estoy solicitando tenemos ingresos laborales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si contestó que sí, complete esta sección:					
QUIÉN OBTIENE ESTOS INGRESOS			CANTIDAD BRUTA PERCIBIDA (MONTO EN DÓLARES ANTES DE DEDUCCIONES)		
NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR			\$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana		
FECHA DE INICIO			<input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes		
¿Este trabajo es autónomo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Horas por semana: _____		
Monto mensual de gastos de autónomos: \$ _____			Fechas de pago (por ejemplo, el 1.º y 15.º día, o cada viernes):		
QUIÉN OBTIENE ESTOS INGRESOS			CANTIDAD BRUTA PERCIBIDA (MONTO EN DÓLARES ANTES DE DEDUCCIONES)		
NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR			\$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana		
FECHA DE INICIO			<input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes		
¿Este trabajo es autónomo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Horas por semana: _____		
Monto mensual de gastos de autónomos: \$ _____			Fechas de pago (por ejemplo, el 1.º y 15.º día, o cada viernes):		

NOMBRE DE SOLICITANTE		SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
<b>VI. Otros ingresos (adjunte prueba; informe de todos los miembros del hogar)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestaciones de desempleo</li> <li>• Ingresos del seguro social</li> <li>• Ingresos tribales</li> <li>• Ingresos por juego</li> <li>• Beneficios educativos (préstamos estudiantiles, becas, trabajo-estudio)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI)</li> <li>• Manutención de menores o manutención conyugal</li> <li>• Beneficios ferroviarios</li> <li>• Ingresos de alquiler</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jubilación o pensión</li> <li>• Veteran Administration (Administración de Veteranos, VA) o beneficios militares</li> <li>• Labor and Industries (Labor e Industrias, L&amp;I)</li> <li>• Fideicomisos</li> <li>• Intereses/Dividendos</li> </ul>	
TIPO DE INGRESO NO SALARIAL		¿QUIÉN OBTIENE LOS INGRESOS?		CANTIDAD BRUTA MENSUAL	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
<b>VII. Gastos mensuales</b>					
ALQUILER \$	HIPOTECA \$	RENTA DEL LUGAR \$	SEGURO DE PROPIETARIO DE VIVIENDA \$	IMPUESTOS SOBRE BIENES INMUEBLES \$	OTRAS TARIFAS \$
¿Qué servicios públicos paga su grupo familiar <u>aparte</u> de la renta o la hipoteca?					
<input type="checkbox"/> Calefacción (eléctrica/gas) <input type="checkbox"/> Electricidad (no calefacción) <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Teléfono particular/celular <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Basura					
Otra persona o agencia, como una vivienda subsidiada, me ayuda a pagar la totalidad o parte de estos gastos:					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, quién: _____ Qué gasto: _____ Monto que paga: \$ _____					
<input type="checkbox"/> He recibido una ayuda conforme a la Low Income Home Energy Assistance Act (Ley de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos, LIHEAA) en los últimos 12 meses.					
Yo, mi cónyuge o alguien de mi hogar pagamos o debemos pagar (marque todas las que correspondan):					
<input type="checkbox"/> Cuidado infantil o cuidado de adulto dependiente (incluye costos de transporte)		Monto mensual: \$		Quién paga:	
<input type="checkbox"/> Facturas médicas de personas con discapacidad o mayores de 60 años (incluso costos de transporte y primas de seguro médico)		Monto mensual: \$		Quién paga:	
<input type="checkbox"/> Manutención de menores (adjunte prueba)		Monto mensual: \$		Quién paga:	
Si no declara alguno de los gastos arriba indicados, consideraremos que es una declaración de su hogar de que no desea recibir una deducción por ese gasto.					
<b>VIII. Representante autorizado</b>					
Un representante autorizado es una persona con la que usted permite que el DSHS (Departamento de Servicios Sociales y de Salud) hable sobre sus beneficios. Puede nombrar a alguien, pero no es obligatorio.					
¿Tiene un representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona es su tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene un poder notarial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Es posible que tenga que completar el formulario de representante autorizado (DSHS 14-532) si renueva su cobertura de atención médica. <b>Para alimentos básicos, el representante autorizado solo tiene validez para el periodo de certificación.</b>					
NOMBRE		PARENTESCO		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL	
<b>Autorización para la verificación de activos</b>					
<b>Solo para los programas de Medicaid para Aged, Blind or Disabled (ancianos, ciego o discapacitados) de Washington Apple Health.</b>					
Entiendo que la información que provea para solicitar o renovar asistencia estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar si es correcta. Autorizo a la Health Care Authority (Autoridad Sanitaria, HCA) y al Department of Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y Sanitarios, DSHS) del estado de Washington a realizar una verificación de activos para determinar mi elegibilidad y verificar la exactitud de mi información financiera. Entiendo que la HCA y el DSHS pueden investigar y contactar a cualquier institución financiera, agencia estatal o federal o base de datos privada como parte del proceso de verificación de activos. Entiendo que se pone término a esta autorización cuando se tome una decisión adversa definitiva respecto de mi solicitud, finalice mi elegibilidad para beneficios o si revoco esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la HCA o el DSHS.					
<b>Si revoco o me niego a proveer autorización, entiendo que no seré elegible para ningún programa de Medicaid para Aged, Blind or Disabled (ancianos, ciego o discapacitados) de Washington Apple Health.</b>					

NOMBRE DE SOLICITANTE	SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
<b>Registro de votantes</b>			
<p>El Departamento ofrece servicios de registro de votantes, incluido el registro automático. <b>Solicitar o rechazar el registro para votar no afectará los servicios ni la cantidad de beneficios que puede recibir de esta agencia.</b> Si quiere ayuda para rellenar el formulario de registro de votantes, se la brindaremos. Usted es quien decide si pedir o aceptar ayuda. Puede rellenar el formulario de registro de votantes en privado. Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse para votar o a negarse a hacerlo, su derecho de privacidad al decidir si registrarse o solicitar el registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p><b>¿Quiere registrarse para votar o actualizar su registro de votantes?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si no marca ninguna de las casillas, consideraremos que ha decidido no registrarse para votar en este momento, a menos que sea elegible para el registro automático de votantes y no lo rechace.</b></p> <p>Si no marcó la casilla “No”, puede ser elegible para el registro automático de votantes. Se considera que alguien es elegible para el registro automático de votantes si tiene al menos 18 años en las próximas elecciones, es ciudadano de los Estados Unidos y el DSHS tiene su nombre, dirección residencial y postal, fecha de nacimiento, verificación de información de ciudadanía y firma que avala la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud.</p> <p><b>¿Quiere estar registrado para votar automáticamente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si marcó la casilla “Sí” o no marcó ninguna de las casillas y cumple con los requisitos de elegibilidad para el registro automático de votantes, el DSHS enviará su información a la Office of the Secretary of State (Oficina del Secretario de Estado) y quedará registrado para votar automáticamente.</b></p>			
<b>Declaración y firmas (firme a continuación para completar su revisión de elegibilidad).</b>			
<p>Entiendo que debo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información correcta y seguir los requisitos de informes.</li> <li>• Proveer una prueba de que soy elegible.</li> <li>• Asignar ciertos derechos de manutención de menores al estado de Washington cuando reciba Temporary Assistance for Needy Families (Asistencia temporal para familias necesitadas, TANF). Sin embargo, puedo pedir al DSHS no reclamar la manutención de menores si ello pudiera ponerme en peligro a mí o a mis hijos.</li> <li>• Cooperar con los requisitos de trabajo relacionados con el programa de asistencia alimentaria.</li> </ul> <p>Si no hago estas cosas, es posible que se me rechacen los beneficios o que tenga que devolverlos.</p> <p>Entiendo que puedo ser procesado penalmente si de manera intencional hago una declaración falsa o no reporto algo que debo informar.</p> <p>Autorizo al DSHS a comunicarse con otras personas o agencias cuando sea necesario para obtener las pruebas de que soy elegible.</p> <p>Para efectivo y alimentos: 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. Para la cobertura de atención médica, he leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente, HCA 18-003.</p> <p><b>Declaro bajo sanción de perjurio según las leyes del estado de Washington, que la información que me han proporcionado en esta solicitud, incluida aquella relativa a la ciudadanía y la situación de extranjero de los miembros que solicitan los beneficios, es verdadera y correcta.</b></p> <p><b>Para efectivo, deben firmar todos los adultos (o representantes autorizados) del hogar.</b></p> <p><b>Para la cobertura de atención médica, debe firmar el solicitante (o el representante autorizado).</b></p> <p><b>Para asistencia alimentaria, tanto el solicitante como el representante autorizado deben firmar, a menos que haya un documento de representante autorizado actual archivado.</b></p>			
FIRMA DEL SOLICITANTE (OBLIGATORIO)	FECHA	NOMBRE DEL SOLICITANTE EN LETRA DE IMPRENTA	CIUDAD Y ESTADO DE FIRMA
FIRMA DEL OTRO ADULTO SOLICITANTE	FECHA	NOMBRE DEL OTRO ADULTO EN LETRA DE IMPRENTA	CIUDAD Y ESTADO DE FIRMA
FIRMA DEL AYUDANTE O REPRESENTANTE	FECHA	NOMBRE DEL REPRESENTANTE EN LETRA DE IMPRENTA	CIUDAD Y ESTADO DE FIRMA
FIRMA DEL TESTIGO SI ESTÁ FIRMADO CON UNA “X”	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO EN LETRA DE IMPRENTA	