



W-1EINSTS
(Rev. 3/17)

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

¡Solicite más rápido en línea!



Visite www.connect.ct.gov en vez de usar este formulario.

W- 1ES Solicitud de Beneficios

Use este formulario para solicitar alimentos, dinero o ayuda médica.



Lea las instrucciones en las páginas siguientes y complete el formulario como se indica.

ATENCIÓN!

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
Llame al 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

English (Inglés):

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call 1-855-626-6632 or TTY: 1-800-842-4524

Chinese (繁體中文):

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。
請致電 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524)。

Vietnamese (Tiếng Việt):

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
Gọi số 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Korean (한국어):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Russian (Русский):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
Звоните 1-855-626-6632 (телетайп: 1-800-842-4524).

Creole (Kreyòl Ayisyen):

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou.
Rele 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Hindi (हिंदी):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1-800-855-6632 (TTY: 1-800-842-4524) पर कॉल करें।

French (Français):

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.
Appelez le 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Polish (Polski):

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.
Zadzwoń pod numer 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Portuguese (Português):

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis.
Ligue para 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Italian (Italiano):

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti.
Chiamare il numero 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Albanian (Shqip):

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë.
Telefononi në 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Greek (ελληνικά):

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν.
Καλέστε 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Arabic (العربية):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-626-6632 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-842-4524)

No devuelva estas páginas de instrucciones con su solicitud.
Guárdelas en sus archivos o recíclenlas.



Solicite en Línea con Más Rapidez

Solicite en línea con más rapidez en connect.ct.gov. Recibiremos su solicitud más pronto y no necesita usar este formulario.

¿Qué puedo pedir usando este formulario de solicitud?





- Ayuda para comprar alimentos (también llamado SNAP, el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria)
- Ayuda de dinero en efectivo
- Algunos tipos de ayuda médica (cobertura de cuidados de salud/HUSKY/Medicaid) – lea los detalles en la sección siguiente.

¿Quiénes pueden usar este formulario de solicitud?

- Cualquier persona puede solicitar **alimentos** (SNAP) o ayuda de dinero en efectivo usando esta solicitud.
- Para ayuda **médica**, use esta solicitud **solo si** la persona que necesita la ayuda:
 - tiene 65 años o más, **o**
 - tiene Medicare, **o**
 - es ciega o discapacitada.
- Para solicite **cuido a largo plazo** (hogar de ancianos) o cuidado en su hogar en línea en connect.ct.gov, o visite en persona una oficina del DSS, o use el formulario W-1LTC. Llame al 855-626-6632 para solicitar un formulario W-1LTC, u obténgalo en alguna oficina del DSS.
- Para solicitar **todos los demás tipos de ayuda médica**, solicítelos en línea visitando AccessHealthCT.com o pídalos por teléfono llamando al 855-805-4325, o use el formulario de solicitud AH3. Llame al 855-805-4325 para pedir el formulario AH3, u obténgalo en alguna oficina del DSS.

¿Cómo completar este formulario?

Use los iconos (símbolos) como una guía. Complete las secciones que tengan el símbolo de cada programa. El signo de exclamación significa que todos los programas necesitan la información.

- Para solicitar ayuda alimenticia (SNAP) llene las secciones marcadas con 
- Para solicitar ayuda en efectivo llene todas las secciones marcadas con 
- Para solicitar ayuda médica llene todas las secciones marcadas con 
- **Llene todas las secciones marcadas con un signo de exclamación** 
- Usted puede solicitar SNAP escribiendo simplemente su nombre y dirección y firmando en la primera página. Esto iniciará su solicitud, pero necesitamos respuestas a todas las preguntas de SNAP para determinar si usted es elegible.
- Si necesita ayuda para llenar esta solicitud debido a alguna discapacidad o impedimento, o si necesita un traductor, llame al 1-855-626-6632.

¿Qué pasará después?

- Traiga su solicitud a cualquier oficina del DSS, o envíela por correo a:
DSS Scanning Center
PO Box 1320, Manchester, CT 06045-1320
- Revisaremos su solicitud y nos pondremos en contacto con usted si necesitamos más información. Si solicita SNAP, debe completar una entrevista. Intentaremos llamarle para una entrevista. También puede llamar al Centro de Beneficios para completar la entrevista después de enviar su solicitud. El número de teléfono del Centro de Beneficios es 855-626-6632.
- Los solicitantes de Asistencia Familiar Temporal (TFA) deben tener una entrevista en persona en la oficina como una condición para ser elegibles, a menos que el Departamento le permita no hacerla.
- Dependiendo de la ayuda que usted solicite, es posible que necesitemos que presente pruebas de lo que usted nos dice. Vea la página siguiente para obtener más información sobre las pruebas.

¿Cuándo sabré si soy elegible?

- Si solicita SNAP, es posible que le podamos brindar asistencia de emergencia dentro de los 7 días siguientes a la fecha de su solicitud. Para obtener ayuda de emergencia, debe probar su identidad y cumplir con lo siguiente:
 - el ingreso total de su hogar sea menos de \$150 al mes **y** el dinero en efectivo de su casa y de las cuentas bancarias totalicen menos de \$100; **o**
 - el total de los ingresos, dinero en efectivo, y cuentas bancarias de su hogar sean menos que su costo total de vivienda y servicios públicos de un mes; **o**
 - que haya un trabajador agrícola migrante o de estación en su hogar.
- Para los solicitantes de SNAP que no son elegibles para el procesamiento de emergencia de 7 días, le informaremos dentro de 30 días si usted es elegible. Si el solicitante del SNAP está en una institución y solicita SNAP y Seguro Suplementario de Ingresos (SSI) al mismo tiempo, la fecha de presentación es la fecha de la salida de la institución. Todas las solicitudes de SNAP se procesan de acuerdo con los procedimientos de SNAP, aun si solicita SNAP y otros programas. No se le negará SNAP únicamente porque se le nieguen los beneficios de otros programas. Si decidimos que usted es elegible para SNAP, sus beneficios generalmente comenzarán a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
- Si solicita ayuda médica, le informaremos nuestra decisión dentro de 45 días, excepto en circunstancias inusuales. Si su elegibilidad se basa en una discapacidad, tomaremos nuestra decisión dentro de 90 días a partir de la fecha en que haga la solicitud.
- Si solicita ayuda de dinero en efectivo, le informaremos si usted es elegible dentro de 45 días después de haber hecho su solicitud.

No devuelva estas páginas de instrucciones con su solicitud.
Guárdelas en sus archivos o recíclenlas.



¿Tiene sus documentos de prueba?

Es posible que tenga que proveernos copias de ciertas pruebas (a veces las llamamos verificaciones). Podría ser necesaria una prueba de identidad, dirección, números de seguro social, estatus de ciudadanía, ingresos, bienes, gastos y más, para cada persona que aparezca en el formulario de solicitud. Las pruebas que estamos buscando pueden incluir:

Miembros del Hogar

- Certificados de nacimiento
- Registros de bautismo
- Documentos de matrimonio
- Documentos de divorcio
- Tarjeta de residente con status de No Ciudadano (I-551)
- Formulario de Entrada/Salida (I-94)

Ingresos

- Talones de pago (prueba de las últimas 4 semanas de salario)
- Formulario 1040 del IRS, incluyendo todos los horarios
- Registros de contabilidad del empleo por cuenta propia
- Carta de Concesión (para beneficios de SSA o VA, etc.)

Seguro Médico y Gastos

- Tarjetas médicas
- Facturas médicas

Costos de Manutención de Niños

- Orden de la corte de pagar manutención de niños
- Cheques cancelados
- Declaraciones de retención de salarios
- Declaración del padre con la custodia de la cantidad que usted paga

Costos de Vivienda y Servicios Públicos

- Contrato de renta
- Último recibo de renta
- Factura de los servicios públicos
- Carta de su arrendador
- Factura de la hipoteca
- Facturas de impuestos de la propiedad
- Póliza de seguro del dueño de la casa

Activos

- Estados de cuenta bancarios
- Acuerdos de fondos fiduciarios
- Acciones/bonos/Bonos de ahorro de EE.UU.
- Pólizas de seguros de vida
- Carta de institución financiera
- Registración de vehículos
- Escrituras financieras
- Acuerdos legales

Estudiantes

- Carta firmada de verificación escolar (W-1446 - este es un formulario del DSS)
- Notas de sus clases o una declaración de un funcionario escolar (de menos de 30 días de expedida)

Envíe copias de estas pruebas junto con su solicitud. Proveyendonos las pruebas puede ayudarle a recibir sus beneficios más pronto. También puede llevarlas personalmente a una oficina del DSS.

Las personas sordas o con problemas de audición que tengan un dispositivo TDD/TTY pueden comunicarse con el DSS llamando al 1-800-842-4524. Las personas ciegas o con impedimentos visuales pueden comunicarse con el DSS al 1-860-424-5040.

Para obtener ayuda con violencia doméstica, o para hablar con alguien, por favor llame a la línea telefónica de la Coalición de Connecticut contra la Violencia Doméstica al 1-888-774-2900.

**No devuelva estas páginas de instrucciones con su solicitud.
Guárdelas en sus archivos o recíclenlas.**



Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

**No devuelva estas páginas de instrucciones con su solicitud.
Guárdelas en sus archivos o recíclenlas.**





W-1ES
(Rev. 12/19)

Estado de Connecticut Departamento de Servicios Sociales W-1ES Solicitud de Beneficios

¡Solicite más rápido en línea!



Visite www.connect.ct.gov en vez de usar este formulario.

! ¿Para quién está solicitando? Marque una casilla. ¿Qué tipo de ayuda está solicitando? Marque todo lo que corresponda.

| | |
|--|---|
| <p>Complete todas las secciones con este signo de exclamación (cuadro).</p> <p><input type="checkbox"/> Para mí solamente</p> <p><input type="checkbox"/> Para mí y mi conyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Para mí y mi familia</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo para niños menores de 19 años bajo mi cuidado</p> | <p>Complete todas las secciones con los símbolos (cuadro) de cada programa que usted seleccione.</p> <p> <input type="checkbox"/> Alimentos (SNAP - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)</p> <p> <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo</p> <p> <input type="checkbox"/> Médico (HUSKY/Medicaid/Seguro de salud)</p> <p> <input type="checkbox"/> Ayuda médica especial para pagar facturas médicas no pagadas en los últimos 3 meses</p> |
|--|---|

¿Hay alguna mujer embarazada en el hogar? Sí No

¿Algún solicitante vive en un centro de cuidado residencial con licencia (casa de huéspedes)? Sí No

! Responda las siguientes preguntas si está solicitando SNAP:

Complete las secciones con el símbolo de la manzana, si está solicitando ayuda de alimentos

¿Es el ingreso total de su hogar menos de \$150 al mes (antes de los impuestos)? Sí No

¿El dinero en efectivo y las cuentas bancarias de su hogar suman menos de \$100? Sí No

¿Es el total de ingresos mensuales, dinero en efectivo, y cuentas bancarias de su hogar menos que el total de sus costos de vivienda y servicios públicos en el mes? Sí No

¿Alguien en su hogar es un migrante o un trabajador agrícola de estación? Sí No

! ¿Necesita un acomodo razonable o ayuda adicional para obtener beneficios debido a una discapacidad o impedimento?

Sí No Si dijo que Sí, describa su condición y la ayuda que necesita.

! Persona 1 Háblenos acerca de las personas de su hogar, comenzando por usted.

| | | | | |
|---|-----------------------------|--|--------|---------------|
| Mi nombre (Nombre, inicial, apellido, sufijo) | | Nombre legal u otro (si es diferente) | | |
| ID de Cliente (si lo sabe) | | Número de Seguro Social | | |
| Sexo | Idioma que prefiere hablar | ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Fecha de nacimiento | Mejor número de teléfono | Tipo de Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular | | |
| <input type="checkbox"/> No hay dirección de casa | Dirección de la casa | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Dirección de correo (si es diferente) | Dirección del correo postal | Ciudad | Estado | Código Postal |

Al firmar esto, estoy de acuerdo de que:

- He leído este formulario, incluyendo la sección sobre derechos y responsabilidades que se enumeran al final de esta solicitud, o me la han leído en un idioma que yo entiendo, y que tengo que cumplir con estas reglas;
- La información que estoy dando es verdadera y completa hasta donde llega mi conocimiento, incluyendo toda la información sobre ciudadanía, extranjería y estado delincente;
- Podría ir a la cárcel o verme obligado a pagar multas si sabiendo doy información incorrecta o incompleta; y
- El DSS y otros funcionarios federales, estatales y locales pueden verificar (revisar) cualquier información que yo haya dado.

Si estoy firmando en nombre del solicitante, yo soy el: Conservador, Tutor, Apoderado Notarial o representante autorizado ya asignado y adjunto la documentación de respaldo. Si desea designar a un representante autorizado, vea la página 2.

| | | |
|---|-------|-------|
| Escriba su nombre o el nombre completo de su representante | Firma | Fecha |
| Escriba el nombre completo de cualquier otro solicitante adulto | Firma | Fecha |



| | | | |
|--|---|---|---|
| ! Persona 1 Continuación | | | |
| Estado Civil | <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado, viviendo con cónyuge <input type="checkbox"/> Casado, viviendo aparte <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo(a) | | |
| Proveyendo los datos de raza y etnia es opcional, no afecta la elegibilidad ni la cantidad de beneficios, y se usa para asegurar que todos tengan igual acceso a los beneficios. | | | |
| Etnicidad (opcional) | <input type="checkbox"/> No soy de origen hispano <input type="checkbox"/> Mejicano/a <input type="checkbox"/> Mejicano-Americano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Otro Hispano, Latino o Español | | |
| Raza (opcional) | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano-Norteamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indo-Asiático <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> De Guam o Chamorro <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | | |
| ¿Es esta persona un estudiante? | <input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Menos de tiempo completo | Último grado o nivel educacional completado | Complete si es estudiante Nombre de la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Estado de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente Permanent <input type="checkbox"/> Otro No Ciudadano | Ciudad/Estado/País de Nacimiento | |
| | Si usted no es ciudadano de EE.UU., complete lo siguiente. | ¿Cuándo entró usted a los Estados Unidos? | I-94 o Inscripción de Extranjería # Estado de Inmigración |
| ¿Piensa permanecer en CT? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Fecha en que se mudó a CT | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la tiene, explique. | | |

| | | |
|---|---|--|
| ! Representante Autorizado. Usted puede designar a otras personas para que le ayuden con su solicitud, y para que le ayuden a obtener, usar o mantener egeTWVUjaçz. Si desea nombrar a alguna persona como ayudante, complete esta sección. E[g` La` eVhSVad fgfad a SbaVWt6Va` afSdS`kS`a Vefá SkgVS` Val` a` WVWfS` a_ Td6dSg` 3D7Bz | | |
| <input type="checkbox"/> Representante general autorizado/persona responsable que me ayuda a llenar las solicitudes para todos los programas del DSS (SNAP, médico, dinero en efectivo), y me ayuda con todos los aspectos del proceso de solicitud y elegibilidad, que incluye informar cambios y recibir notificaciones a mi nombre. Esta persona conoce mis circunstancias lo suficientemente bien como para responder a las preguntas y actuará en mi mejor interés. | | |
| Esto es un: | <input type="checkbox"/> 3e[efe` fW <input type="checkbox"/> PWTa` SDeeba` eST`W <input type="checkbox"/> ? efSSUjõ` g Ad`a` ll SUjõ` <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| Nombre | Número de teléfono | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) |
| <input type="checkbox"/> Comprador SNAP (Una persona que le hace las compras - solo si usted está solicitando asistencia alimenticia de SNAP) | | |
| Nombre | Número de teléfono | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) |
| <input type="checkbox"/> Representante del Medicaid. Sólo para ayudarme a llenar mi solicitud de asistencia médica, pagar mi factura del hospital, y/o pedir una audiencia si me niegan la asistencia médica. | | |
| Nombre | Número de teléfono | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) |
| ACUERDO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO: Como Representante Autorizado, yo acepto: (1) completar y enviar la solicitud y los formularios de renovación; (2) recibir copias de avisos y otras comunicaciones del DSS; y (3) actuar a nombre del solicitante en todos los asuntos relacionados con el DSS. Estoy de acuerdo en cumplir con todas estas responsabilidades en la misma medida que la persona a la cual represento, y que puedo ser considerado responsable por la información incorrecta que yo le proveeré al DSS mientras esté actuando como representante autorizado. También acepto mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información que reciba del DSS relacionada con la persona. Acepto actuar como representante autorizado hasta que el solicitante le diga al DSS, por escrito o verbalmente, que él o ella ya no quiere que yo lo haga, o hasta que yo le diga al DSS, por escrito o verbalmente, que ya no deseo actuar como representante autorizado. Para un proveedor, miembro del personal o voluntario de una organización (para Medicaid): Yo afirmo que seguiré los reglamentos de la parte 431, subparte F del Título 42 del Código Federal de Regulaciones (CFR) y 45 CFR 155.260(f) (relativo a la confidencialidad de la información) y 42 CFR 447.10 (relativo a la prohibición de reasignación de reclamaciones de proveedores), y también otras leyes estatales y federales concernientes a conflictos de intereses y confidencialidad de la información. | | |
| Haga que todo representante autorizado escriba su nombre, firme y ponga la fecha debajo. | | |
| Escriba el nombre completo | Firma | Fecha |



| ! Persona 2 | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|---|
| Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo) | | Número de Seguro Social | Sexo | Fecha de nacimiento | |
| Estado Civil | <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado, viviendo con cónyuge <input type="checkbox"/> Casado, viviendo aparte <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Viudo(a) | ¿Qué relación tiene con usted? | | | |
| Proveyendo los datos de raza y etnia es opcional, no afecta la elegibilidad ni la cantidad de beneficios, y se usa para asegurar que todos tengan igual acceso a los beneficios. | | | | | |
| Etnicidad (Opcional) | <input type="checkbox"/> No de origen Hispano <input type="checkbox"/> Mejicano <input type="checkbox"/> Mejicano-Americano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro Hispano, Español | | | | |
| Raza (Opcional) | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Norteamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indo-Asiático <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | | | | |
| ¿Es esta persona un estudiante? | <input type="checkbox"/> Menos de tiempo completo <input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo | Último grado o nivel completado | Complete si es estudiante | Nombre de la escuela | ¿Tiene esta persona trabajo estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Estado de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro No ciudadano | | Ciudad/estado/país de nacimiento | | |
| | Si esta persona no es ciudadana-no de EE.UU, complete lo sgte. | | ¿Cuándo entró esta persona a los Estados Unidos? | I-94 o Inscripción de Extranjería # | Estado de Inmigración |
| ¿Vive esta persona con usted? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, explique. | | | | |
| ¿Usted compra, prepara las comidas y come junto con esta persona? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Planea esta persona quedarse en CT? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que se mudó a CT | |
| ¿Tiene alguna discapacidad impedimento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo que Sí, explique. | | | | |

| ! Person 3 | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|---|
| Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo) | | Número de Seguro Social | Sexo | Fecha de nacimiento | |
| Estado Civil | <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado, viviendo con cónyuge <input type="checkbox"/> Casado, viviendo aparte <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Viudo(a) | ¿Qué relación tiene con usted? | | | |
| Proveyendo los datos de raza y etnia es opcional, no afecta la elegibilidad ni la cantidad de beneficios, y se usa para asegurar que todos tengan igual acceso a los beneficios. | | | | | |
| Etnicidad (Opcional) | <input type="checkbox"/> No de origen Hispano <input type="checkbox"/> Mejicano <input type="checkbox"/> Mejicano-Americano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro Hispano, Español | | | | |
| Raza (Opcional) | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Norteamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indo-Asiático <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | | | | |
| ¿Es esta persona un estudiante? | <input type="checkbox"/> Menos de tiempo completo <input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo | Último grado o nivel completado | Complete si es estudiante | Nombre de la escuela | ¿Tiene esta persona trabajo estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Estado de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro No ciudadano | | Ciudad/estado/país de nacimiento | | |
| | Si esta persona no es ciudadana-no de EE.UU, complete lo sgte. | | ¿Cuándo entró esta persona a los Estados Unidos? | I-94 o Inscripción de Extranjería # | Estado de Inmigración |
| ¿Vive esta persona con usted? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, explique. | | | | |
| ¿Usted compra, prepara las comidas y come junto con esta persona? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Planea esta persona quedarse en CT? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que se mudó a CT | |
| ¿Tiene alguna discapacidad impedimento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo que Sí, explique. | | | | |



| ! Person 4 | | | | | |
|--|---|--|---|---------------------------|---|
| Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo) | | Número de Seguro Social | Sexo | Fecha de nacimiento | |
| Estado Civil | <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado, viviendo con cónyuge <input type="checkbox"/> Casado, viviendo aparte <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Viudo(a) | ¿Qué relación tiene con usted? | | | |
| Proveyendo los datos de raza y etnia es opcional, no afecta la elegibilidad ni la cantidad de beneficios, y se usa para asegurar que todos tengan igual acceso a los beneficios. | | | | | |
| Etnicidad (Opcional) | <input type="checkbox"/> No de origen Hispano <input type="checkbox"/> Mejicano <input type="checkbox"/> Mejicano-Americano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro Hispano, Español | | | | |
| Raza (Opcional) | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Norteamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indo-Asiático <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Guamano o Chamorro <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | | | | |
| ¿Es esta persona un estudiante? | <input type="checkbox"/> Menos de tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> No es un estudiante | Último grado o nivel completado | Complete si es estudiante | Nombre de la escuela | ¿Tiene esta persona trabajo estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Estado de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro No ciudadano | Ciudad/estado/país de nacimiento | | | |
| Si esta persona no es ciudadana-no de EE.UU, complete lo sgte. | | ¿Cuándo entró esta persona a los Estados Unidos? | I-94 o Inscripción de Extranjería # | Estado de Inmigración | |
| ¿Vive esta persona con usted? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, explique. | | | | |
| ¿Usted compra, prepara las comidas y come junto con esta persona? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Planea esta persona quedarse en CT? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha en que se mudó a CT | |
| ¿Tiene alguna discapacidad impedimento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo que Sí, explique. | | | | |



| ! Person 5 | | | | | |
|--|---|--|---|---------------------------|---|
| Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo) | | Número de Seguro Social | Sexo | Fecha de nacimiento | |
| Estado Civil | <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado, viviendo con cónyuge <input type="checkbox"/> Casado, viviendo aparte <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Viudo(a) | ¿Qué relación tiene con usted? | | | |
| Proveyendo los datos de raza y etnia es opcional, no afecta la elegibilidad ni la cantidad de beneficios, y se usa para asegurar que todos tengan igual acceso a los beneficios. | | | | | |
| Etnicidad (Opcional) | <input type="checkbox"/> No de origen Hispano <input type="checkbox"/> Mejicano <input type="checkbox"/> Mejicano-Americano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro Hispano, Español | | | | |
| Raza (Opcional) | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Norteamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indo-Asiático <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Guamano o Chamorro <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | | | | |
| ¿Es esta persona un estudiante? | <input type="checkbox"/> Menos de tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> No es un estudiante | Último grado o nivel completado | Complete si es estudiante | Nombre de la escuela | ¿Tiene esta persona trabajo estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Estado de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro No ciudadano | Ciudad/estado/país de nacimiento | | | |
| Si esta persona no es ciudadana-no de EE.UU, complete lo sgte. | | ¿Cuándo entró esta persona a los Estados Unidos? | I-94 o Inscripción de Extranjería # | Estado de Inmigración | |
| ¿Vive esta persona con usted? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, explique. | | | | |
| ¿Usted compra, prepara las comidas y come junto con esta persona? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Planea esta persona quedarse en CT? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha en que se mudó a CT | |
| ¿Tiene alguna discapacidad impedimento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo que Sí, explique. | | | | |

Si necesita agregar en su solicitud a más personas que viven en su hogar, adjunte una hoja de papel separada con su información a este formulario.



| ! Otras preguntas acerca de las personas en su hogar. | | |
|--|---|-----------------------------|
| ¿Hay alguien en su hogar que tiene alguna condición que le impida trabajar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Hay alguien en su hogar que no puede trabajar porque está cuidando a una persona discapacitada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Hay algún acuerdo de custodia compartida para algún niño mencionado en el hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿cuál niño? |
| ¿Hay alguna orden de la corte para supervisar a algún niño mencionado en el hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿a quién? |

| Comidas. Responda a estas preguntas si está solicitando ayuda alimenticia (SNAP). | | |
|--|---|-------------------------|
| ¿Hay alguien en su hogar que recibe más de la mitad de sus comidas de alguna organización? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Hay alguien en su hogar que recibe por lo menos una comida como parte de su alquiler? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |

| ! Servicio Militar. Háblenos acerca de alguna persona en su hogar que tenga relación con el ejército de Estados Unidos, o que sea viudo/a, cónyuge, o hijo de algún militar. | | |
|---|---|-------------------------|
| ¿Hay alguien en su hogar que esté, o haya estado, en el ejército de Estados Unidos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
|  Por favor explique su estado militar (activo, retirado, dado de baja honorablemente). | | |
| ¿Hay alguien en su casa que sea viudo/a, cónyuge, o niño (menor de 18 años) de alguien que esté, o haya estado, en el ejército de Estados Unidos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
|  Por favor explique su relación con el miembro del ejército de Estados Unidos. | | |

| Historia Criminal. Háblenos de la historia criminal de las personas en su hogar. | | |
|---|--|--|
|---|--|--|

| \$ Complete esta sección si está solicitando ayuda alimenticia o dinero en efectivo. | | |
|---|---|-------------------------|
| ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por algún delito de drogas después del 22 de agosto de 1996? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Es usted, o algún miembro de su familia, un delincuente que está huyendo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Está usted, o algún miembro de su familia, en violación de un período de prueba o libertad condicional? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Ha sido usted, o alguien de su hogar, condenado por intercambiar beneficios SNAP para drogas, después del 22 de agosto de 1996? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por comprar o vender beneficios SNAP por más de \$500 en cualquier estado, después del 22 de septiembre de 1996? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por recibir en forma fraudulenta beneficios duplicados de SNAP en algún estado, después del 22 de septiembre de 1996? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, munición o explosivos, después del 22 de septiembre de 1996? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por abuso, sexual con agravante, explotación sexual u otros abusos a niños, agresión sexual, o algún delito muy parecido después del 7 de febrero de 2014? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |
| ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por asesinato después del 7 de febrero de 2014? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? |





Familiares Legalmente Responsables. Háblenos acerca de los familiares legalmente responsables, incluyendo cónyuges que no viven con usted, o los padres de sus hijos que no viven con usted. Proveanos toda la información como usted sepa.

| | | | |
|--|------|-----------------------------------|---------------------|
| Nombre del Pariente | Sexo | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento |
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | | Relación a los miembros del hogar | |



Información de un No Ciudadano. Responda a estas preguntas si alguien en su hogar no es un ciudadano de los EEUU.

| | | |
|--|--|--|
| ¿Tiene algún no ciudadano en el hogar un patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Nombres de los no ciudadanos | Nombres de los patrocinadores |
| | Relación del patrocinador a usted | ¿Compra, prepara la comida, y come junto con los patrocinadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | ¿Vive usted con el patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que No, explique. |

Si usted es un refugiado, por favor provea el nombre de su agencia de refugiados



Beneficios Anteriores. Háblenos acerca de cualquier persona en su hogar que haya recibido dinero en efectivo, ayuda médica o alimenticia de CT u otros estados en los últimos 90 días.

| | | | | | | |
|---|-------------|--|---------------------------------------|--------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Ayuda de dinero en efectivo | Cantidad \$ | Estado | <input type="checkbox"/> Ayuda médica | Estado | <input type="checkbox"/> Ayuda de alimentos | Estado |
| ¿Ha recibido alguien en su hogar asistencia de dinero en efectivo para las familias desde 1996? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? | | ¿En qué estado? | |



Embarazos. Háblenos acerca de alguna embarazada que haya en su hogar.

| | | | |
|--|-------------------------|---------------------------------|----------------|
| ¿Está usted o alguien en su hogar embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? | ¿Cuántos bebés están esperando? | Fecha de parto |
|--|-------------------------|---------------------------------|----------------|



Seguro Médico. Háblenos acerca de alguien de su hogar que tenga Medicare u otro seguro médico.

| | | | |
|---------------------|---------------|----------------|-----------------|
| Persona en Medicare | Reclamación # | Tipo (A, B, D) | Fecha de inicio |
| Persona en Medicare | Reclamación # | Tipo (A, B, D) | Fecha de inicio |

Si usted o alguien de su hogar tiene otro seguro médico, complete la tabla debajo.

| Tenedor de la Póliza | # de Póliza | Compañía de seguro | Tipo de cobertura | Fecha inicial de la póliza | Fecha final de la póliza |
|----------------------|-------------|--------------------|-------------------|----------------------------|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |



Necesidades Especiales. Responda lo siguiente si usted o su cónyuge están solicitando ayuda en efectivo, y son ciegos, discapacitados, o mayores de 65 años.



Complete esta sección solamente si usted está solicitando dinero en efectivo.

| | | |
|---|---|-------------------------|
| ¿Tiene usted o su cónyuge alguna dieta especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que sí, ¿quién? |
| ¿Necesitan ropas usted o su cónyuge? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que sí, ¿quién? |
| ¿Usted o su cónyuge comen por lo menos una comida en un restaurante cada día? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que sí, ¿quién? |





Dinero en efectivo, cuentas bancarias y otros bienes. Háblenos acerca del dinero en efectivo de su hogar, las cuentas de ahorros, las cuentas de cheques y otros bienes. Los otros bienes pueden incluir: acciones, fondos fiduciarios, anualidades, certificados de depósito, cuentas de inversión, cuentas de ahorros médicas, o cuentas para Lograr una Vida Mejor (ABLE). Adjunte otra página si es necesario.

| | Activo 1 | Activo 2 | Activo 3 |
|--------------------------------|----------|----------|----------|
| Indique todos los propietarios | | | |
| Tipo | | | |
| Nombre del banco o institución | | | |
| Saldo actual | \$ | \$ | \$ |
| Número de cuenta | | | |



Cuentas de Jubilación. Háblenos acerca de las cuentas de jubilación de su hogar, incluyendo cualquier cuenta 403B, 457B, 401k, IRA, IRA Roth o Keogh.



| | Cuenta 1 | Cuenta 2 | Cuenta 3 |
|--------------------------------|----------|----------|----------|
| Indique todos los propietarios | | | |
| Tipo | | | |
| Nombre del banco o institución | | | |
| Saldo actual | \$ | \$ | \$ |
| Número de cuenta | | | |



Bienes Inmobiliarios. Háblenos acerca de propiedades inmuebles de cualquier miembro del hogar. Los bienes inmobiliarios pueden incluir un hogar, una casa móvil, o un terreno.

| | | | |
|--------------------|--|---|----------------------|
| Propiedad 1 | Indique todos los propietarios | ¿Es esto un activo comercial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | ¿Genera ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | Tipo (casa, propiedad de alquiler, etc.) | Valor de la Propiedad \$ | Cantidad adeudada \$ |
| Propiedad 2 | Indique todos los propietarios | ¿Es esto un activo comercial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | ¿Genera ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | Tipo (casa, propiedad de alquiler, etc.) | Valor de la Propiedad \$ | Cantidad adeudada \$ |



Seguro de Vida. Háblenos acerca de las pólizas de seguros de vida en su hogar.

| | | | |
|----------|--------------------------------|--|---------------------------------|
| Seguro 1 | Indique todos los propietarios | # de Póliza | Beneficio por fallecimiento \$ |
| | Compañía de Seguro | Tipo de Póliza (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Seguro de Vida a Término <input type="checkbox"/> Seguro de vida entera | Valor de rescate en efectivo \$ |
| Seguro 2 | Indique todos los propietarios | # de Póliza | Beneficio por fallecimiento \$ |
| | Compañía de Seguro | Tipo de Póliza (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Seguro de Vida a Término <input type="checkbox"/> Seguro de vida entera | Valor de rescate en efectivo \$ |

Contratos de Entierro y Parcelas. Háblenos acerca de los contratos de entierro o parcelas que su hogar haya pagado.

| | | |
|------------|---|--|
| Contrato 1 | Indique todos los propietarios | Designado para |
| | Estado donde se hizo el contrato | Nombre de la funeraria o el cementerio |
| | Seleccione uno <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Parcela <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | Cantidad o valor |
| Contrato 2 | Indique todos los propietarios | Designado para |
| | Estado donde se hizo el contrato | Nombre de la funeraria o el cementerio |
| | Seleccione uno <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Parcela <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | Cantidad o valor |

Vehículos. Háblenos acerca de cualquier vehículo que pertenezca a su hogar. Los vehículos incluyen automóviles, casas móviles, vehículos recreativos (RVs), motocicletas, motos de nieve, remolques, camiones, furgonetas, barcos u otras embarcaciones.

| | | | | |
|------------|---|---|---|----------------------|
| vehículo 1 | Indique todos los propietarios | Tipo de vehículo | | |
| | Marca | Modelo | Año | Cantidad adeudada \$ |
| | ¿Lo usa para trabajo o escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Lo usa para las citas médicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Es esto un activo comercial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| vehículo 2 | Indique todos los propietarios | Tipo de vehículo | | |
| | Marca | Modelo | Año | Cantidad adeudada \$ |
| | ¿Lo usa para trabajo o escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Lo usa para las citas médicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Es esto un activo comercial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Demandas y Herencias. Díganos si alguien en su hogar tiene demandas judiciales o herencias pendientes.

| | | | |
|--|--|----------------------------|------------------------|
| ¿Alguien en su hogar presentó una demanda que aún esté pendiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que sí, ¿quién? | Nombre del abogado | |
| | Dirección del abogado (calle, ciudad, estado, código postal) | | |
| ¿Alguien en su hogar espera recibir alguna herencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que sí, ¿quién? | Cantidad de la herencia \$ | Fecha en que la espera |





Ventas o transferencias. Díganos si alguien de su hogar ha vendido o transferido una propiedad de vehículos, cuentas bancarias, bienes raíces, dinero en efectivo, acciones, bonos, o fondos mutuales. Si está solicitando dinero en efectivo, háganos saber cualquier venta o transferencia ocurrida en los últimos 24 meses. Si está solicitando SNAP, infórmenos sobre cualquier venta o transferencia en los últimos 90 días.

| | ¿Qué fue lo que se vendió o se regaló, etc.? | ¿Quién hizo la transacción | Cantidad / valor | Fecha de la venta, transferencia o regalo. |
|------------|--|----------------------------|------------------|--|
| Artículo 1 | | | \$ | |
| Artículo 2 | | | \$ | |
| Artículo 3 | | | \$ | |



Ingresos de Empleo. Háblenos acerca de los ingresos de empleo de su hogar, incluyendo todos los trabajos por cualquier miembro del hogar en los últimos 3 meses. Los ingresos del empleo son ganancias, salarios, propinas y comisiones. Adjunte otra página si es necesario.

| | | | | | |
|-----------------|---|--|--|---------------------------------|---------------|
| Empleo 1 | Nombre de la persona que empleo | | Empleador / Nombre de la compañía | | |
| | Nombre y título de la persona de contacto en la compañía | | | Teléfono del empleador | |
| | Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal) | | | Fecha de comienzo | |
| | ¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra | | Ingreso bruto por período de pago (antes de los impuestos) \$ | Horas que trabaja por semana | Tasa por hora |
| Empleo 2 | Nombre de la persona que empleo | | Empleador / Nombre de la compañía | | |
| | Nombre y título de la persona de contacto en la compañía | | | Teléfono del empleador | |
| | Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal) | | | Fecha de comienzo | |
| | ¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra | | Ingreso bruto por período de pago (antes de los impuestos) \$ | Horas que trabaja por semana | Tasa por hora |
| Empleo 3 | Nombre de la persona que empleo | | Empleador / Nombre de la compañía | | |
| | Nombre y título de la persona de contacto en la compañía | | | Teléfono del empleador | |
| | Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal) | | | Fecha de comienzo | |
| | ¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra | | Ingreso bruto por período de pago (antes de los impuestos) \$ | Horas que trabaja por semana | Tasa por hora |



Pérdida del Empleo y Status de Huelguista. Háblenos acerca de cambios recientes en el trabajo, o si alguien de su hogar está en huelga.

| | | | | |
|--|--|---|--------------------------------|--|
| ¿Hay alguien que perdió un empleo, cambió de trabajo, dejó un trabajo, o le rebajaron las horas en los últimos 120 días? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? | |
| ¿Cuál trabajo? | | Fecha en que el empleo terminó o le rebajaron las horas | Última fecha de pago | |
| ¿Qué pasó y por qué? | | | | |
| ¿Hay alguien del hogar en huelga? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si dijo que Sí, ¿quién? | |
| | | | Fecha de comienzo de la huelga | |



! **Ingresos por Cuenta Propia.** Háblenos acerca de los ingresos de un trabajo por cuenta propia actual, o un empleo por cuenta propia que haya terminado en los últimos 90 días. Si usted está informando algún trabajo por cuenta propia o ingreso de negocio personal, tiene que darnos copias de todos los horarios de su Formulario 1040 del IRS.

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| Indique todos los dueños | | Dirección del negocio (ciudad, estado, código postal) | |
| Nombre del negocio | | Tipo de negocio | |
| Fecha en que comenzó el empleo por cuenta propia | Fecha en que terminó el empleo por cuenta propia | Promedio bruto mensual de ingresos antes de los impuestos \$ | Horas semanales trabajadas |

! **Otros Ingresos.** Háblenos sobre los ingresos que obtiene de otras fuentes, tales como: beneficio por incapacidad, pagos de compensación a trabajadores, beneficios por desempleo, pensiones, Seguro Social, anualidades, ingresos por jubilación, beneficios de veteranos, pagos de manutención de niños, subsidio por cuidado de crianza, subsidio de adopción, o alquileres.

| Nombre de la persona con ingresos | Tipo / fuente | # Reclamación | ¿Con qué frecuencia? | Cantidad | Fecha inicial | Fecha final |
|-----------------------------------|---------------|---------------|----------------------|----------|---------------|-------------|
| | | | | \$ | | |
| | | | | \$ | | |
| | | | | \$ | | |
| | | | | \$ | | |

! **Otras solicitudes de beneficios.** Háblenos acerca de otros beneficios que los miembros del hogar han solicitado, pero no reciben actualmente. Otros beneficios pueden incluir: beneficios del Seguro Social (incluyendo SSI o SSDI), beneficio por desempleo, pensiones, beneficio por incapacidad, beneficios de veteranos, o compensación a trabajadores.

¿Alguna persona en su hogar ha solicitado alguno de los siguientes beneficios? Marque todo lo que corresponda.

- SSD
 SSA
 SSI
 Incapacidad
 Pensión
 SSA Retiro Temprano
 Beneficios VA
 Ingresos del extranjero
 Compensación a trabajadores
 Compensación por desempleo
 Retiro Ferroviario
 Otro _____

Complete la tabla debajo con detalles sobre cualquier beneficio que haya solicitado y marcado anteriormente.

| | Beneficio 1 | Beneficio 2 | Beneficio 3 |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Nombre del solicitante | | | |
| Tipo / fuente | | | |
| Fecha de inicio (si la sabe) | | | |

! **Gastos por Cuido de Dependientes.** Háblenos sobre los gastos que su hogar paga por el cuidado de niños o de una persona anciana o discapacitada.

| | | | | |
|----------------------|--|--|----------------------|---|
| Dependiente 1 | Nombre del Dependiente | | Nombre del Proveedor | |
| | Dirección del Proveedor (calle, ciudad, estado, código postal) | | | |
| | ¿Quién lo paga? | | Cantidad que paga \$ | Si el estado lo paga, ¿cuánto paga al mes? \$ |
| Dependiente 2 | Nombre del Dependiente | | Nombre del Proveedor | |
| | Dirección del Proveedor (calle, ciudad, estado, código postal) | | | |
| | ¿Quién lo paga? | | Cantidad que paga \$ | Si el estado lo paga, ¿cuánto paga al mes? \$ |





Gastos Médicos. Háblenos acerca de los gastos médicos del hogar. Los gastos médicos pueden incluir: facturas de hospital o del doctor, facturas dentales, recetas médicas, copagos, primas de seguro de salud, equipos médicos, costos de espejuelos y medicamentos/suplementos sin receta, costos relacionados con un animal de servicio, o costos para un ayudante para salud o asistente.



| | Gastos 1 | Gastos 2 | Gastos 3 |
|-------------------------------------|---|---|---|
| Nombre de la persona con los gastos | | | |
| Tipo de gasto | | | |
| Fecha de servicio | | | |
| Cantidad adeudada | \$ | \$ | \$ |
| ¿Con qué frecuencia lo paga? | | | |
| ¿Ha pagado facturas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente |



Manutención de Niño Ordenada por la Corte. Háblenos de la manutención infantil que una corte le ordenó pagar por niños que no viven con usted.

| | Niño/a 1 | Niño/a 2 | Niño/a 3 |
|------------------------------|--|--|--|
| Nombre del niño(a) | | | |
| ¿Quién la paga? | | | |
| Cantidad que paga | \$ | \$ | \$ |
| ¿Con qué frecuencia la paga? | | | |
| Tipo | <input type="checkbox"/> Manutención actual de niño <input type="checkbox"/> Atrasos <input type="checkbox"/> Prima de seguro de salud | <input type="checkbox"/> Manutención actual de niño <input type="checkbox"/> Atrasos <input type="checkbox"/> Prima de seguro de salud | <input type="checkbox"/> Manutención actual de niño <input type="checkbox"/> Atrasos <input type="checkbox"/> Prima de seguro de salud |





Gastos del Hogar. Háblenos acerca de los costos de su hogar es responsable de pagar, tales como: pagos de alquiler o hipoteca, condominio, impuestos a la propiedad, y seguro de propietario. El responder a estas preguntas puede ayudarle a obtener el mayor beneficio posible.

| | Gasto 1 | Gasto 2 | Gasto 3 |
|--|---|---|---|
| Nombre de la persona con el gasto | | | |
| Tipo de gasto(s) | | | |
| Cantidad de gasto(s) | \$ | \$ | \$ |
| ¿Con qué frecuencia paga? | | | |
| Si alquila, ¿es subsidiado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si dijo que Sí, ¿qué tipo de subsidio? | | | |
| ¿Vive usted en una vivienda pública? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |



Gastos Relacionados con el Trabajo. Estos incluyen los costos de herramientas o materiales requeridos para el trabajo, cuotas de union obligatorias, instalación y mantenimiento de equipos, FICA, seguro de vida o salud, planes de jubilación obligatoria y cualquier gasto debido al empleo por cuenta propia.

| | Gasto 1 | Gasto 2 | Gasto 3 |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|
| Nombre de la persona con el gasto | | | |
| Tipo de gasto | | | |
| Cantidad de gasto | \$ | \$ | \$ |
| ¿Con qué frecuencia paga? | | | |
| En qué fecha comenzó el gasto | | | |



Gastos de Servicios Públicos. Háblenos acerca de los costos de servicios públicos que su hogar es responsable de pagar, tales como: calefacción, refrigeración, electricidad, gas, agua, alcantarillado, basura o teléfonos. Responder a estas preguntas puede ayudarle a obtener el mayor beneficio posible.

| | |
|--|---|
| ¿Paga usted por calefacción o refrigeración aparte de sus gastos del hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Paga usted una tarifa adicional a su propietario por calefacción o refrigeración? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha recibido el hogar pagos de asistencia energética en el último año? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Complete la siguiente sección si respondió que No a las preguntas anteriores. ¿Paga usted alguno de los siguientes servicios públicos a parte de sus gastos de hogar? (Marque todos los que apliquen). Incluya los gastos de servicios públicos que no forman parte del alquiler o la hipoteca.

| | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcantarillado / fosa séptica | <input type="checkbox"/> Agua | <input type="checkbox"/> Butano | <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Gas |
| <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Carbón | <input type="checkbox"/> Basura | <input type="checkbox"/> Otro |

Las personas sordas o con deficiencias auditivas que tengan un dispositivo TDD/TTY pueden comunicarse con el DSS llamando al 1-800-842-4524. Las personas ciegas o con impedimentos visuales pueden comunicarse con el DSS llamando al 1-860-424-5040.





ED-682S
(Rev. 9/15)



¿QUIERE REGISTRARSE PARA VOTAR?

Las leyes federales y estatales requieren que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) le brinde la oportunidad de registrarse como votante. Por favor conteste las preguntas abajo y ponga su nombre en letra de molde y su firma en el espacio indicado.

- ¿Está usted inscrito(a) como votante? Sí, ya estoy inscrito(a) No
- Si no está inscrito(a) para votar donde reside ahora, ¿quiere inscribirse como votante Sí No

SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS DOS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

El hecho de registrarse o no registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que será proveída a usted por esta agencia.

Si quiere ayuda para llenar la solicitud de registración de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda depende de usted. Usted puede llenar la solicitud en privado.

Se puede registrar en línea al <https://voterregistration.ct.gov/OLVR>, o puede llenar una solicitud de registración de votante en papel y dejarla en DSS o enviarla por correo. La solicitud se incluye con las solicitudes de DSS que le enviamos, y también se pueden conseguir en todas las oficinas del DSS. Puede enviar su solicitud al DSS en el sobre adjunto, o enviarlo directamente a su Ayuntamiento Municipal. Si necesita ayuda, o si necesitas otra solicitud, por favor llame al **1-855-626-6632**.

| | | |
|-----------------------------|----------|-------------------------|
| Su Nombre en letra de molde | Su firma | Fecha |
| Dirección (Número, Calle) | Ciudad | Estado Zona Postal |

Para uso del trabajador de DSS solamente

Date _____ No boxes checked Voter Registration Card Sent

Worker Name _____ Worker Number _____

..... *Desprenda aquí y retenga*

Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho de registrarse o su decisión de no registrarse para votar, su derecho a privacidad al decidir si solicitar o no registrarse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otras preferencias políticas, usted puede presentar una queja con: State Elections Enforcement Commission, 20 Trinity Street, Hartford, CT 06106; 860-256-2940, número gratis 866-733- 2463, TDD: 1-800-842-9710; SEEC@ct.gov



Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.



W-0016RRS
(Rev 12/19)

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios Sociales

Derechos y Responsabilidades

Las siguientes declaraciones se aplican a todas las personas que solicitan o reciben ayuda del Departamento:

Para Todos los Programas

Para todos los programas, excepto SNAP, yo notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) dentro de los 10 días de cualquier cambio en los ingresos, activos, o arreglos de vivienda.

Yo puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con alguna acción tomada en mi caso. Las solicitudes de audiencia deben hacerse por escrito para todos los programas, excepto SNAP. Las solicitudes para una audiencia de SNAP también pueden hacerse por teléfono. Usted puede representarse a sí mismo/a en una audiencia, o traer a un abogado, pariente, amigo u otra persona que lo represente.

Toda la información entregada en los formularios está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. Yo cooperaré con estos funcionarios proporcionándoles autorizaciones, documentos y otras pruebas para comprobar lo que he dicho. Autorizo al DSS a verificar (comprobar) cualquier información dada en los formularios que envíe.

Toda la información escrita en los formularios, incluyendo los números de Seguridad Social, es confidencial, excepto como lo permita o requiera una orden judicial, o las leyes estatales o federales. Con ciertas excepciones, sólo se utilizará para administrar los programas del DSS. Si el DSS cree que hay algún peligro inminente para la salud, la seguridad o el bienestar de un niño o una familia, el DSS proporcionará la dirección y el número de teléfono del niño al Departamento de Niños y Familias. Para todos los programas, excepto el Medicaid, el DSS dará mi dirección a un funcionario de cumplimiento de la ley para localizarme, si estoy huyendo para evitar un enjuiciamiento o custodia por ciertos crímenes o por violar una condición de libertad condicional por ciertos delitos, o si tengo información de que un funcionario de cumplimiento de la ley necesita hacer su trabajo en relación con ciertos delitos.

El DSS puede revelar información sobre mí y sobre otros miembros de mi familia o de mi hogar que estén recibiendo beneficios, para propósitos directamente relacionados con la administración de los programas del DSS. Los propósitos directamente relacionados con la administración de los programas del DSS incluyen, entre otros: establecer la elegibilidad, determinar la cantidad de ayuda, proporcionar servicios, y para investigaciones, enjuiciamientos o procedimientos civiles relacionados con la administración de los programas del DSS.

El DSS puede revelar a sus contratistas información confidencial del Departamento del Trabajo concerniente al beneficio de compensación por desempleo e información trimestral del salario de cualquier miembro del hogar que solicite asistencia, para determinar y revisar la elegibilidad para recibir asistencia de SNAP, SAGA, TFA y Suplementaria Estatal.

El Estado puede verificar la información que recibe sobre los pagos de manutención de niños que se hacen al Estado a nombre de mi hijo/a, con la Oficina de Cumplimiento de Manutención de Niños (BCSE).

Si hago una declaración falsa o engañosa, podría estar sujeto/a a sanciones civiles o penales.

Yo autorizo al DSS a verificar cualquier información sobre el estado de no ciudadano de alguien con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS). Entiendo que el DSS no compartirá la información proporcionada en este formulario con USCIS. También entiendo que USCIS no puede usar este formulario de solicitud para negar la entrada a Estados Unidos, dañar el estado de residente permanente, deportarme, o deportar a alguien para quien yo esté haciendo la solicitud. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de beneficios.

Cualquier información que yo dé en los formularios, incluyendo los números de Seguridad Social, se usará para verificar la identidad y elegibilidad de aquellas personas en mi hogar que van a recibir beneficios. Las personas que viven conmigo pero no están solicitando beneficios, no necesitan dar sus números de Seguridad Social, pero si están dispuestos a hacerlo, entonces pueden acelerar el proceso de solicitud. Los números de Seguridad Social serán comparados con los archivos federales, estatales y locales del gobierno por computadora. El DSS puede solicitar los números de Seguridad Social basados en los siguientes estatutos: para SNAP, la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente la Ley de Cupones para Alimentos), 7 USC §§ 2011-2036; 7 USC § 2025(e)(1) y 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(4); para TFA, 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(1); para Medicaid, 42 USC §§1320b-7(a)(1) y (b)(2); para el Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos e Incapacitados, 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(5); para SAGA, la Ley de Reforma Tributaria de 1976, 42 USC § 405(c)(2)(C)(i); para todos los programas excepto SAGA, las Leyes Gen. de Conn. § 17b-77.

El DSS utilizará la información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, por las siglas en inglés) y a través del Directorio Nacional de Nuevas Contrataciones para determinar mi elegibilidad y beneficios. Esta información provendrá del Departamento del Trabajo, la Administración de Seguridad Social, el Servicio de Rentas Internas, y otras agencias permitidas por la ley. El DSS puede comprobar la información que recibe de estas fuentes directamente con otras fuentes, tales como bancos y empleadores. Estos resultados pueden afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de beneficios..

Dar la información solicitada en los formularios es voluntario. Sin embargo, si no doy cierta información, los beneficios o servicios pueden ser denegados. Para SNAP, si no informo o compruebo cualquiera de los gastos enumerados, el DSS tratará esto como una declaración de que yo no quiero recibir una deducción por el gasto no declarado.

Yo colaboraré con el personal estatal y federal en las Revisiones de Control de Calidad.

Para Dinero en Efectivo SAGA

Si me deben dinero debido a una herencia, liquidación de un pleito pendiente o futuro, ganancias de la lotería, venta de una propiedad, u otras muchas fuentes, este dinero irá (será asignado) al Estado. El Estado puede recobrar de ese dinero una suma que ascienda al monto total de los beneficios que me pagaron a mí, o a cualquier otra persona por quien yo reciba beneficios.

El Estado pondrá un gravamen contra mi casa y la propiedad de mi cónyuge, y sobre cualquier propiedad no residencial que alguno de los dos tengamos en el Estado, por la cantidad de beneficios que yo recibo.

Yo le daré al DSS una hipoteca de seguridad en todas las propiedades no residenciales fuera del Estado que yo o mi cónyuge poseamos.

Yo tengo que cooperar con el Estado para obtener el apoyo de mi cónyuge.

Si un miembro de mi familia tiene un problema de abuso de sustancias, se le puede requerir que esté en tratamiento para recibir beneficios en efectivo de SAGA.

Si yo hago declaraciones falsas o engañosas cuando solicito SAGA, esto es una violación de la ley y no podré obtener SAGA en un año.

Guarde esta página 1 para sus registros
No devuelve este formulario a DSS





W-0016RRS
(Rev 12/19)

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios Sociales

Derechos y Responsabilidades

Para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)

Yo entiendo que el DSS administra el SNAP y que el DSS tiene 30 días a partir de la fecha de solicitud para procesarlo. Entiendo que debo informar al DSS sobre cualquier cambio en mis ingresos, bienes, tamaño de la familia, domicilio, arreglo de vivienda, empleo, o cualquier otro cambio en mi hogar que pueda afectar nuestra elegibilidad.

Yo notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) antes del día 10 del mes siguiente al mes en que mis ingresos aumenten por encima del 130% del nivel federal de pobreza para el tamaño de mi familia, cuando las horas de trabajo/capacitación de Adultos Aptos para Trabajar y sin Dependientes (ABAWD) disminuyen por debajo de 80 horas por mes, o cuando un miembro del hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar que exceden los \$3,500.

Si quiebro a propósito alguna de las reglas, me pueden prohibir recibir SNAP entre un año y permanentemente, puedo recibir una multa hasta de \$250,000, y/o hasta 20 años de encarcelamiento. También puedo estar sujeto a un proceso judicial bajo otras leyes federales y estatales aplicables, y también me pueden prohibir recibir SNAP por 18 meses adicionales, si el tribunal lo ordena.

Mi solicitud o renovación y el recibo de mis beneficios de SNAP es una inscripción para un trabajo para mí y para todos los miembros de mi unidad de asistencia de SNAP, en edades comprendidas entre 16 y 59 años, que no están exentos.

Los solicitantes de empleo deben aceptar una oferta de trabajo a un salario igual al más alto salario mínimo federal o estatal, a menos que el trabajo no sea adecuado; proporcionar el estado del empleo o dar información sobre disponibilidad para trabajar con previa solicitud; y presentarse a un empleador si es referido por el DSS, un contratista del DSS o el Departamento de Trabajo de Connecticut, a menos que el empleo no sea adecuado. Quienes se inscriben para un trabajo no pueden renunciar voluntariamente a un empleo, ni reducir las horas de trabajo sin una buena causa, si están trabajando al menos 30 horas a la semana.

El incumplimiento de los requisitos de trabajo sin una buena causa puede resultar en las siguientes sanciones: 1ra violación: descalificado para recibir los beneficios de SNAP por 3 meses o hasta la fecha de cumplimiento; 2da violación y violaciones adicionales: descalificado por 6 meses o hasta la fecha de cumplimiento.

Si quiebro una regla de SNAP a propósito o si me declaran culpable de comprar con SNAP un producto en un envase con depósito de devolución con la intención de obtener dinero desechando el producto y devolviendo el envase cambiándolo por efectivo, no soy elegible para obtener SNAP. La primera vez que quiebre una regla no podré obtener SNAP durante un año. La

segunda vez no podré obtener SNAP durante dos años. La tercera vez no podré obtener SNAP nunca más.

Si me encuentran culpable de traficar beneficios de SNAP por \$500 o más, no podré obtener SNAP nunca más. Traficar con beneficios de SNAP significa venderlos en lugar de usarlos para comprar alimentos.

No se me permite usar, ni tener en mi poder una tarjeta EBT que no sea la mía (a menos que yo sea un comprador autorizado de SNAP), ni permitir que otros usen mi tarjeta (a menos que sea un comprador autorizado de SNAP).

Si me declaran culpable de comprar o intercambiar una sustancia controlada, o recibir beneficios SNAP como pago por una sustancia controlada, la primera vez que quiebre esta regla no podré obtener SNAP durante 24 meses, y la segunda vez no podré obtener más SNAP.

Si me hallan culpable de comprar o intercambiar armas de fuego, municiones o explosivos, o recibir beneficios de SNAP como pago por armas de fuego, municiones o explosivos, no podré obtener SNAP nunca más.

Si uso indebidamente una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), es posible que no reciba más SNAP. También me pueden multar hasta \$250,000 o encarcelarme hasta 20 años, o ambos. El mal uso de una tarjeta EBT significa alterar, vender o intercambiar una tarjeta, usar la tarjeta de otra persona sin permiso, o intercambiar beneficios.

No se me permite comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos, ni comprar alimentos a crédito. Entiendo que esto es un mal uso intencional de una tarjeta EBT y podría resultar en una descalificación.

Si hago una declaración falsa sobre la identidad o la dirección mía o de los miembros de mi hogar para obtener más de un beneficio de SNAP durante el mismo período, no podré obtener SNAP durante 10 años.

Si surge un reclamo de SNAP contra mi hogar, la información en los formularios que yo presento ante el DSS, incluyendo todos los números de Seguro Social, puede ser referida a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de reclamo de cobros para la acción de cobro de reclamos.

El Estado debe procesar las solicitudes de SNAP de acuerdo con los procedimientos de SNAP, incluyendo los requerimientos de puntualidad, notificación y Audiencia Imparcial. A un hogar no se le pueden negar los beneficios de SNAP únicamente porque se le hayan negado los beneficios de otros programas.

Yo notificaré al DSS a más tardar el día 10 del mes siguiente al mes en que cualquier miembro de mi hogar que sea considerado un Adulto Apto Físicamente y sin Dependientes, trabaje menos de 20 horas por semana.

**Guarde esta página 3 para sus registros
No devuelve este formulario a DSS**





W-0016RRS
(Rev 12/19)

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios Sociales

Derechos y Responsabilidades

Para Jobs First / Dinero TFA

El Estado pondrá un gravamen contra mi casa y la propiedad de mi cónyuge, y sobre cualquier propiedad no residencial que cualquiera de los dos tengamos en el Estado, por la cantidad de beneficios que yo reciba. El Estado también pondrá un gravamen contra la propiedad de los padres de los niños menores de 18 años que vivan en mi hogar.

Yo, y todos los demás miembros del hogar de Jobs First/TFA a quienes se les pida que lo hagan, deben participar en los Servicios de Empleo a menos que exista una exención para esa persona.

Si me deben dinero de una herencia, liquidación de una demanda pendiente o futura, ganancias de la lotería, venta de una propiedad, o de cualquier otra fuente, este dinero irá (será asignado) al Estado. El Estado puede recobrar ese dinero por una suma que llegue al monto total de los beneficios que me pagaron a mí, o a cualquier persona por quien yo reciba beneficios.

El DSS puede realizar una visita al hogar sin haberla programado.

El Estado recobraré el dinero que me pagó, obteniéndolo de mi patrimonio después que yo fallezca.

Mi familiar legalmente responsable puede recibir una factura para devolver al Estado el dinero que el Estado me pagó.

Si yo a sabiendas doy información falsa (errónea) al DSS sobre mí o sobre alguien para quien yo esté solicitando obtener beneficios de Jobs First/TFA, o para recibir una cantidad equivocada de dinero, no recibiré los beneficios durante 6 meses la primera vez que esto suceda, y no los recibiré durante 12 meses la segunda vez. Si ocurre una tercera vez nunca más podré obtener beneficios de Jobs First/TFA.

No utilizaré mi tarjeta EBT para realizar transacciones electrónicas de transferencia de beneficios en una tienda de bebidas alcohólicas, en un establecimiento de entretenimiento para adultos, ni en un casino, casino de juego, o establecimiento de juegos.

Yo le daré al DSS una hipoteca de seguridad en la propiedad no residencial fuera del Estado que yo o mi cónyuge poseamos.

Para Asistencia Médica

El dinero de una demanda legal pendiente o futura irá (se le asignará) al Estado para recobrar cualquier gasto médico pagado por el Estado, relacionados con la demanda.

Si yo a sabiendas doy información falsa (errónea) o engañosa al DSS sobre mí o sobre alguien para quien estoy solicitando ayuda, estoy violando la ley federal y podría recibir una multa hasta de \$25,000 o recibir encarcelamiento por 5 años, o ambos.

Al solicitar asistencia médica, yo estoy dando (o asignando) al DSS mi derecho a recibir apoyo de terceras partes (sección 1912 de la Ley de Seguridad Social).

Si estoy en un centro de enfermería o si estoy solicitando servicios de base comunitaria en el hogar, y quiero asignar mis derechos de apoyo contra mi cónyuge, tengo que firmar una asignación adicional de apoyo (sección 1924 de la Ley de Seguridad Social).

El Estado puede enviar una factura a mi familiar legalmente responsable para que le devuelva pagado al Estado los costos de mi atención médica..

Yo no alteraré (cambiaré), comerciaré, venderé, ni usaré la tarjeta de identificación de servicios médicos de otra persona.

El Estado recobra el dinero de mi patrimonio si yo recibo servicios de cuidado a largo plazo y también si tengo por lo menos 55 años cuando reciba beneficios de asistencia médica comunitaria, y no tengo un cónyuge vivo, ni un niño menor de 21 años, o que esté ciego o deshabilitado.

El Estado puede colocar un gravamen en mi casa bajo ciertas condiciones, si yo entro en un centro de enfermería y no regreso a mi casa en la comunidad.

El DSS o su representante pueden solicitar Medicare en mi nombre, si el DSS piensa que soy elegible para recibir Medicare. El DSS o su representante también puede presentar reclamaciones y apelaciones de Medicare en mi nombre.

El DSS o cualquier otro asegurador o proveedor de salud, pueden divulgar información sobre mí y mi familia según sea necesario para la entrega de servicios médicos y de programas, según lo permiten las leyes federales y estatales.

Al recibir asistencia médica, permito que el Estado recobre el costo de mis facturas médicas que están cubiertas por un tercero, como otros seguros, directamente de esa tercera parte.

Para Dinero Suplementario Estatal

Si me deben dinero debido a una herencia, a la liquidación de un pleito pendiente o futuro, a ganancias de la lotería, a la venta de alguna propiedad, u otras muchas fuentes, este dinero irá (será asignado) al Estado. El Estado puede recobrar de ese dinero una cantidad que cubra el monto total de los beneficios que me pagaron a mí o a cualquier persona por quien yo reciba beneficios.

El Estado recobraré el dinero de mi patrimonio después de mi muerte.

El Estado pondrá un gravamen contra mi casa y la propiedad de mi cónyuge, y sobre cualquier propiedad no residencial que alguno de los dos poseamos en el Estado, por la cantidad de beneficios que recibo.

Yo le daré al DSS una hipoteca de seguridad sobre todas las propiedades no residenciales fuera del Estado que yo o mi cónyuge poseemos.

Mi familiar legalmente responsable puede recibir una factura para devolver al Estado el dinero que el Estado me pagó.

Asignación de Manutención Infantil y Cooperación

Al solicitar ayuda del Estado, yo le asigno (le doy) al Estado todos los derechos que tengo a recibir apoyo actualmente de alguna persona para cualquier miembro de la familia incluido en la solicitud.

Mientras yo esté recibiendo ayuda del Estado, debo cooperar plenamente con el Estado para que otras personas responsables contribuyan a dar apoyo a mi familia.

El Estado se quedará con la manutención de niños que me debe mientras yo esté recibiendo ayuda en efectivo, lo cual significa que yo no la recolectaré directamente durante ese tiempo.

Cuando mi ayuda en efectivo de TFA termine, toda la actual manutención de niños se me enviará a mí. Cualquier ayuda de manutención no pagada que se me adeudó durante el tiempo en que estuve recibiendo ayuda en efectivo de TFA, se le adeuda al Estado.

El Estado continuará haciendo cumplir mi orden de manutención de niños después que yo deje de recibir ayuda, a menos que yo notifique al Estado que no deseo este servicio.

Guarde esta página 4 para sus registros
No devuelve este formulario a DSS





W-0016RRS
(Rev 12/19)

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios Sociales

Derechos y Responsabilidades

Declaraciones de No Discriminación

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA:

A esta institución se le prohíbe discriminar por motivo de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, género, y, en algunos casos, de religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación basada en raza, color, origen nacional, género, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa, o actividad conducida o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de vídeo, lenguaje de señas norteamericano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición, o con discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa de USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o su carta al USDA por:

(1) Correo: Secretario Asistente de Derechos Civiles, Oficina del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) 1400 Independence Ave, SW, Washington, D.C. 20250-9410;

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Para cualquier otra información relacionada con el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de la Línea Directa de SNAP, en el USDA, al (800) 221-5689, también disponible en español, o llamando a los números de la Línea Directa de Información Estatal (presión sobre el enlace para ver una lista de números directos por Estado); que se encuentra en línea en:

http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación en relación con algún programa que recibe ayuda financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), escriba a:

Director del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) Oficina de Derechos Civiles
200 Independence Ave SW, Oficina 515-F,
Washington, D.C. 20201

o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DHHS:

El Departamento de Servicios Sociales cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o género.

El Departamento no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o género.

El Departamento de Servicios Sociales:

1. Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes cualificados del lenguaje de los signos
 - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, audios, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
2. Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuya lengua principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Beneficios del Departamento de Servicios Sociales llamando al 1-855-626-6632.

Si usted cree que el Departamento de Servicios Sociales no le ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o género, puede presentar una queja a:

Departamento de Servicios Sociales

Coordinador de ADA
55 Farmington Ave.,
Hartford, CT 06105-5033

Teléfono: 860-424-5040, Fax: 860-424-4948;

TTD: (860) 541-3459;

Número gratuito: (800) 842-1508

Correo electrónico: affirmativeaction.dss@ct.gov.

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de ADA está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica, a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles de la Oficina, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

200 Independence Ave., SW
Oficina 509F, Edificio de HHH
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DE CT:

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si piensa que hemos tomado alguna acción en su contra debido a su raza, color, religión, género, identidad o expresión de género, estado civil, edad, nacionalidad, ascendencia, creencias políticas, orientación sexual, discapacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje, o discapacidad física, incluyendo, pero no limitado, a la ceguera.

Una persona con una discapacidad puede solicitar y recibir un acomodo razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario, para permitir que la persona tenga una oportunidad igual y significativa de participar en programas administrados por el Departamento.

Si usted solicitó un acomodo o una ayuda especial y nos negamos a proporcionárselo, puede presentar una queja al Coordinador de ADA del Departamento, o a cualquiera de las agencias que se indican a continuación:

Comisionado de Servicios Sociales

Atte: Coordinador de ADA
55 Farmington Ave,
Hartford, CT 06105-5033

Tel: (860) 424-5040; Fax: (860) 424-4948

TDD: (800) 842-4524; Número gratuito: (800) 842-1508

Correo electrónico: affirmativeaction.dss@ct.gov.

Comisión de Derechos Humanos y Oportunidades de Connecticut

450 Columbus Blvd, Suite 2
Hartford, CT 06103

Tel: (860) 541-3400; Número gratuito: (800) 477-5737;

TTD: (860) 541-3459; Fax: (860) 246-5265;

Internet: <http://www.ct.gov/chro/site/default.asp>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Oficina de Derechos Civiles

Edificio Federal JFK
Oficina 1875
Boston, MA 02203

Tel: (617) 565-1340; Número gratuito: (800) 368-1019;

TTY: (800) 537-7697; Fax: (617) 565-5809;

Internet: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

