



Minnesota Department of Human Services

Formulario de solicitud combinada

Complete su solicitud en línea en www.applymn.dhs.mn.gov

Esta solicitud se puede utilizar para postular a cualquiera de los siguientes programas:

Supplemental Nutrition Assistance Program – SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)

El SNAP ayuda a los residentes de bajos ingresos del estado de Minnesota a obtener los alimentos que necesitan para tener una buena nutrición y una dieta balanceada. Si usted tiene 60 años o más y va a solicitar solamente el beneficio SNAP, por favor use la “Supplemental Nutrition Assistance Program para Personas de la tercera edad” (“Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Application for Seniors”) (DHS-5223F).

Programas de asistencia en efectivo

Los programas de asistencia en efectivo se proveen para ayudar a las familias y personas a satisfacer sus necesidades básicas hasta que ellas se puedan mantener por sí mismas. Los programas de asistencia en efectivo incluyen:

- Diversionary Work Program – DWP (Programa de Asistencia para Trabajo Inmediato)
- Emergency Assistance - EA* (Asistencia de Emergencia)
- General Assistance - GA (Asistencia General)
- Group Residential Housing - GRH (Hogar de Residencia en Grupo)
- Minnesota Family Investment Program - MFIP (Programa de Inversión Familiar de Minnesota)
- Minnesota Supplemental Aid - MSA (Ayuda Suplementaria de Minnesota)
- Refugee Cash Assistance - RCA (Asistencia en Efectivo para Refugiados).

Si necesita ayuda para pagar el cuidado de menores, pregunte a su trabajador cómo hacer una solicitud para el **Child Care Assistance Program (Programa de Asistencia para Cuidado de Menores)**.

¿Necesita hacer una solicitud para cobertura de cuidado de salud?

Haga su solicitud para obtener cobertura gratis o de bajo costo en MNsure, el mercado de seguros médicos en línea de Minnesota. Vaya a www.mnsure.org o llame al 1-855-366-7873.

Cómo llenar esta solicitud

Lea toda la información en esta solicitud. Pida la colaboración de alguien si necesita ayuda para llenar esta solicitud. Complete y devuelva las páginas 1 a 10 a su agencia lo más pronto posible. Podemos poner la fecha de su solicitud si tenemos su nombre, dirección y firma (páginas 1-2), pero debemos tener la solicitud completa para decidir si puede recibir ayuda.

Para que su solicitud se considere completa, usted debe responder todas las preguntas y cierta información cuya deberá ser verificada. El SNAP y los programas de asistencia en efectivo requieren una entrevista con un trabajador social. En el caso del SNAP, esta puede ser una entrevista por teléfono.

Si falta a su cita de la entrevista, debe reprogramar su cita. Si no reprograma su cita, podemos suspender o no aprobar sus beneficios.

Necesitará proveer prueba de la información que reporte en esta solicitud. Su trabajador podrá pedirle pruebas adicionales. No podrá obtener ayuda hasta que tengamos prueba de esta información. Traiga la información requerida usted mismo a la entrevista o envíela a su trabajador lo más pronto posible.

Recertificaciones

Informe todos los cambios ocurridos en los últimos 12 meses en esta solicitud. Usted deberá presentar prueba de la información reportada.

Información requerida	Programas de efectivo	SNAP
Identidad del solicitante o representante autorizado (licencia de manejar, ident. del estado [ID], pasaporte, etc.)	✓	✓
Números de Social Security (Seguro Social) de todas las personas que solicitan ayuda	✓	✓
Residencia en Minnesota (ident. del estado [ID], contrato de arriendo, etc.)	✓	✓
Ingreso** (recibos de salario, pensión, etc.) o cualquier otro dinero que ingrese en su hogar (desempleo, ingreso de patrocinador, etc.). La agencia verificará el ingreso del Social Security.	✓	✓
Costos de vivienda*** (recibo de pago de alquiler/casa, hipoteca, arriendo, etc.)	✓	✓
Costos médicos*** (cuentas médicas y de recetas, etc.)		✓
Relación con los otros miembros del hogar (certificados de nacimiento, licencias de matrimonio, documentos del tribunal, etc.)	✓	
Cuentas de cheques y de ahorros (estado de cuenta bancario, etc.)	✓	
Valor de vehículos (automóviles, camiones, motocicletas, botes, etc.)	✓	
Valor actual de acciones/bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos (estado de cuenta, etc.)	✓	
Costos de servicios públicos (estado de cuenta de servicios públicos, cuenta del teléfono, etc.)	✓	
Comprobante de enfermedad o discapacidad (declaración del médico, etc.)	✓	

* Antes de solicitar Emergency Assistance, consulte con su agencia con respecto a la financiación y los criterios específicos de elegibilidad.

** Recibos de salario de los últimos 30 días si usted es empleado o registros de impuesto sobre los ingresos federales si usted trabaja por cuenta propia.

*** Sus beneficios SNAP pueden aumentar si además provee los comprobantes de estos gastos: manutención de menores pagada en caso de hijos que no viven con usted; costos de vivienda; gastos médicos (incluso recetas) para personas con discapacidades o que tengan 60 años o más. Sus beneficios DWP pueden aumentar si usted provee los comprobantes de sus costos de vivienda y servicios públicos.

Información importante

¿Tiene que contestar las preguntas que le hacemos?

Usted no tiene que darnos su información personal. Sin la información, es probable que no podamos ayudarlo. Si nos da información incorrecta a propósito, usted puede ser investigado y acusado de fraude.

Denegación o cambios

El estado puede denegar o cambiar sus beneficios de asistencia en efectivo o de SNAP debido a información que nos entregó en la solicitud. El estado puede hacer cambios sin darle una notificación con 10 días de anticipación con respecto a sus beneficios de asistencia en efectivo y de SNAP. El estado le enviará una notificación por escrito en un plazo no superior a la fecha de vigencia del cambio de su beneficio de asistencia en efectivo, y en un plazo no superior a la fecha en la que usted recibe o recibiría sus beneficios de SNAP.

En caso de beneficios de SNAP solamente

Los miembros del hogar pueden optar por no solicitarlos. El monto de los beneficios de SNAP dependerá del número de personas que soliciten los beneficios. No es necesario completar el número de Social Security ni las preguntas de inmigración o ciudadanía para aquellos que no solicitan estos beneficios. Los miembros del hogar que sí solicitan estos beneficios deben proveer esta información. Los miembros del hogar que no solicitan estos beneficios deben dar la información de sus ingresos y, en algunos casos, de sus bienes, ya que esta información se necesita para ver si las personas que solicitan pueden obtener ayuda.

Programas de asistencia interina

GA y GRH son “programas de asistencia interina”. Esto significa que dichos programas ayudan mientras usted solicita otros beneficios. Para obtener GA o GRH usted tiene que solicitar otros beneficios para los cuales puede reunir los requisitos, por ejemplo, Social Security o Compensación a trabajadores (Workers’ Compensation). Si usted obtiene otros beneficios durante el mismo período de tiempo que usted recibe GA o GRH, tendrá que devolver los beneficios pagados de GA y GRH.

Números de Social Security (SSN)

Para la mayoría de los programas, usted debe proveer el número de Social Security (SSN) de cada uno de los miembros del hogar que solicita beneficios.* Si necesita un SSN podemos ayudarlo a solicitar uno. El estado utiliza su SSN:

- Para verificar su identidad, prevenir una participación doble y hacer cambios masivos
- Para determinar su elegibilidad para programas como SNAP, asistencia en efectivo para la familia y almuerzos escolares
- Para hacer auditorías y revisiones de programas para determinar la elegibilidad del hogar, que incluye investigaciones de fraude
- Para coordinar con otros programas o agencias estatales y proveerle servicios más eficaces y significativos.

Si usted no es un ciudadano estadounidense y solo está solicitando Refugee Cash Assistance, no tiene que presentar un SSN.

* (Food Stamp Act of 1977 [Decreto de Estampillas para Alimentos de 1977] según la enmienda PL 97-98 y Social Security Act of 1935 [Ley de Seguro Social de 1935] [sección 1137] según la enmienda PL 98-369 y 42 CFR 435.910 [2006]; [Minn. Stat. §256D.03, subd. 3[h]; Minn. Stat. §256L.04, subd. 1a])

Solicitantes que no son ciudadanos

Para obtener ayuda de la mayoría de los programas de asistencia pública, usted debe estar legalmente en los Estados Unidos (U.S.). Los miembros de su hogar que no son ciudadanos y están solicitando ayuda, deben mostrar prueba de su condición de inmigración. Presente una copia de ambos lados de sus tarjetas de inmigración u otros documentos que muestren la condición de inmigración para cada miembro del hogar que no es un ciudadano estadounidense y que está solicitando ayuda. Usted puede solicitar y obtener ayuda para otros miembros del hogar, aun si usted no está solicitando o no es elegible debido a su condición de inmigración.

Para los miembros de su hogar que no son ciudadanos que solicitan y son elegibles para recibir ayuda, su trabajador hará una correspondencia computarizada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. (U.S. Citizenship and Immigration Services - USCIS), para confirmar que los documentos que muestran su condición de inmigración que usted presenta son válidos.

No compartiremos información suya con USCIS sin su consentimiento. Si usted obtiene efectivo esto podría afectar su condición de inmigración. Si desea más información o saber qué es lo que la agencia podría informar o preguntar a USCIS, hable con su trabajador.

Inmigración

Toda la información de inmigración que usted presente es privada. La usamos para saber si usted puede obtener ayuda. Solo la compartimos cuando la ley lo permite o la requiere. En la mayoría de los casos, solicitar no afectará su condición de inmigración.

Usted no tiene que proporcionarnos su información de inmigración si:

- Solo está ayudando a alguien con su solicitud
- Está solicitando para sus hijos u otros miembros de su hogar, pero no para usted.

Violencia doméstica y adultos vulnerables

La violencia o el abuso es aquello que alguien dice o hace para atemorizarlo o controlarlo. Las personas que son entradas en años, débiles, tienen una discapacidad o que dependen de la asistencia de terceros, no pueden protegerse por sí mismos de la violencia doméstica o el abuso. Minnesota tiene una ley para proteger y asistir a los adultos que son vulnerables al abuso o que no pueden cuidarse por sí mismos. La ley puede ayudar a los adultos vulnerables a obtener la protección y seguridad que necesitan.

Violencia doméstica

Para más información sobre la violencia doméstica, lea el “Folleto de información de violencia doméstica” (“Domestic Violence Information brochure”) (DHS-3477). Si la violencia doméstica le dificulta cumplir con las reglas del programa, hable con su trabajador. Si se encuentra en peligro debido a violencia doméstica y necesita ayuda, llame a la línea directa de Violencia Doméstica Nacional (National Domestic Violence hotline) al 1-800-799-7233; 1-800-787-3224 (TTY) o a la Coalición para Mujeres Maltratadas de Minnesota (Minnesota Coalition for Battered Women) al 1-800-289-6177.

Adultos vulnerables

Llame a Senior LinkAge Line al 1-800-333-2433 para reportar su preocupación y ayudar a un adulto vulnerable a conseguir la protección y la asistencia necesarias.

Sus responsabilidades

- Usted debe informar a la agencia los cambios que puedan afectar sus beneficios dentro de los 10 días después de que haya ocurrido el cambio. **Solicitantes** – Informe estos cambios a su trabajador cuando ocurra el cambio. Esto incluye lo siguiente para cada persona que vive en su hogar:
 - Empleo – Comienzo o cese de un trabajo o negocio; cambio en las horas, los ingresos o los gastos
 - Ingresos – Recibo o cambio de manutención de menores, Social Security, Beneficios de Veteranos, seguro de desempleo, herencia, beneficios de seguros y otros pagos
 - Propiedad – Compra, venta o transferencia de una casa, automóvil u otros artículos de valor, o que haya recibido como una herencia o como un acuerdo legal
 - Miembros del hogar – Cuando una persona fallece o queda discapacitada, se muda de o al hogar, o se va temporalmente; embarazo; nacimiento de un hijo
 - Dirección
 - Subsidio de los costos o el alquiler de la vivienda
 - Costo de los servicios públicos
 - Presentación de una demanda
 - Custodia o visitas del padre ausente
 - Condena por delito mayor relacionado con drogas
 - Matrimonio, separación o divorcio
 - Asistencia a la escuela.

Comuníquese con su trabajador si tiene preguntas o no está seguro acerca de las reglas. Si su trabajador no está disponible, deje un mensaje para que el trabajador le devuelva la llamada.

- La agencia, agencia estatal o federal, puede verificar cualquier información que usted proporcione. Para obtener cierta información, debemos tener su consentimiento firmado. Si usted no permite que la agencia confirme su información, podrá no recibir la asistencia.
- Si nos proporciona información que usted sabe que no es verdadera u obtenemos información que usted no reportó, lo investigaremos por fraude.

- La agencia estatal o de Control de Calidad Federal (Federal Quality Control) podrá seleccionar su caso al azar para hacer una revisión. La agencia revisará las declaraciones que hizo en los formularios. También revisará para saber si hemos calculado su elegibilidad correctamente. La agencia estatal podrá buscar información de otras fuentes. La agencia estatal o de Control de Calidad Federal le informará de cualquier contacto que trate de hacer. Si usted no colabora, sus beneficios cesarán.

Requisitos de cooperación

Si la agencia lo aprueba para el SNAP, MFIP o el DWP, usted deberá cooperar con los servicios de empleo, a menos que esté exento. Usted deberá desarrollar y firmar un plan de empleo o su solicitud de DWP será denegada.

- Para recibir beneficios monetarios para la familia usted debe cooperar con el cumplimiento de manutención de menores para todos los hijos en su hogar. Tiene el derecho de reclamar “causa suficiente” para no cooperar con el cumplimiento de manutención de menores. Usted deberá asignar su manutención de menores al Estado de Minnesota por todos los menores elegibles. Si usted no coopera o asigna su manutención de menores, se le negarán o cancelarán los beneficios.
- Después que la agencia apruebe su MFIP o DWP, si usted recibe manutención de menores directamente del padre que no tiene la custodia, deberá informar a su trabajador. Usted debe colaborar con la agencia de manutención de menores en cualquier acción legal que se entable contra un tercero por el pago de gastos médicos, a menos que usted reclame y se otorgue causa suficiente.
- Se provee Efectivo en la forma de una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (Electronic Benefit Transfer - EBT) para ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades básicas. Estas necesidades básicas incluyen alimentos, vivienda, ropa, servicios públicos y transporte. Estos fondos se entregan hasta que las personas puedan sostenerse por sí mismas.
- Es ilegal que un usuario de la tarjeta EBT compre o trate de comprar productos a base de tabaco o alcohol con la tarjeta de EBT. Si lo hacen, es un fraude y serán descalificados del programa. No use una tarjeta de EBT en un establecimiento de juego.
- Los beneficios monetarios de la tarjeta de EBT del MFIP/DWP no se pueden usar ni acceder en ninguna licorería, casino, casino de juegos de azar, establecimiento de juegos, o establecimiento de venta al por menor, que provea entretenimiento para adultos en los cuales los artistas se desvisten o actúan desnudos para el entretenimiento.
- Cada vez que usa su tarjeta de EBT para una compra en efectivo o firma su cheque, usted declara que ha informado a la agencia de cualquier cambio en su situación que podría afectar sus beneficios.

- Cada vez que usa su tarjeta de EBT damos por sentado que usted ha recibido sus beneficios monetarios o de SNAP, a menos que haya informado la pérdida o robo de su tarjeta a la agencia.

Sus derechos

- Su derecho a la privacidad. Su información privada está protegida por las leyes estatales y federales. Su trabajador le ha dado la hoja informativa “Notificación de prácticas de la privacidad” (“Notice of Privacy Practices”) (DHS-3979) que explica sus derechos.
- Usted tiene derecho a volver a solicitar en cualquier momento si sus beneficios cesan.
- Si no hemos procesado su solicitud con prontitud, usted tiene el derecho de saber por qué.
 - 30 días para efectivo y SNAP
 - 60 días para efectivo relacionado con una discapacidad.
- Usted tiene el derecho de conocer las reglas del programa para el cual está solicitando y que le digamos cómo hemos determinado sus beneficios.
- Usted tiene el derecho de elegir dónde y con quién vive.
- Acceso a servicios legales gratuitos. Comuníquese con su trabajador para obtener información sobre los servicios legales gratuitos.

Derechos de apelación

Una “apelación” es un proceso legal en el que un juez de servicios humanos revisa una decisión tomada por la agencia. Usted puede apelar una decisión si siente que la agencia no actuó ante su solicitud de asistencia, o si no está de acuerdo con la decisión tomada. Usted puede representarse a sí mismo en la audiencia, o puede hacer que otra persona (un abogado, pariente, amigo u otra persona) hable por usted. **Para ayuda de emergencia**, cuando su caso sea acerca de una emergencia y necesita que se tome una decisión con respecto a su apelación, puede solicitar una audiencia de emergencia llamando a la agencia o a la Oficina de Apelaciones del Estado (State Appeals Office). **Para los programas de efectivo**, puede apelar en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que reciba esta notificación. Para ello, envíe una carta indicando que no está de acuerdo con la decisión. Puede enviar esta carta a la agencia o directamente a la Oficina de Apelaciones del Estado. Si muestra “causa suficiente” para no apelar su asistencia en efectivo dentro de los 30 días, la agencia puede aceptar su apelación hasta 90 días después de la fecha en que reciba esta notificación. “Causa suficiente” es cuando usted tiene un buen motivo para no apelar a tiempo. El juez de servicios humanos decidirá si su motivo constituye causa suficiente. Usted puede solicitar reunirse informalmente con el personal de la agencia para tratar de solucionar el problema, pero esta reunión no demorará ni reemplazará su derecho a una apelación. **Para SNAP**, puede apelar dentro de los 90 días escribiendo o llamando a la agencia o a la Oficina de Apelaciones del Estado.

Escriba a:

(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota) (Oficina de Apelaciones)

Minnesota Department of Human Services
 Appeals Office
 P.O. Box 64941
 St. Paul, MN 55164-0941

Llame a:

Área metropolitana: 651-431-3600 (Voz)

Fuera del área metropolitana: 1-800-657-3510

TTY: 1-800-627-3529

Fax: 651-431-7523

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios hasta el día de la audiencia, debe apelar en un plazo de 10 días a partir de la fecha en la carta de notificación de acción de la agencia o antes de que se lleve a cabo la acción propuesta para mantener sus beneficios intactos. Para la mayoría de los programas, si presenta su apelación a tiempo, recibirá sus beneficios hasta que un juez de servicios humanos decida su apelación. Si pierde su apelación, tendrá que devolver los pagos de beneficios que recibió mientras su apelación estaba pendiente. Puede solicitar a la agencia que dé por terminados sus beneficios hasta que se tome la decisión. Si da por terminados sus beneficios y luego gana su apelación, se le pagarán retroactivamente los beneficios que debería haber recibido. Pida a su trabajador de la agencia que le explique cómo el momento en que presenta su apelación puede afectar su asistencia actual o futura.

La discriminación es contra la ley.

Usted tiene el derecho de presentar una queja si cree que fue tratado de manera discriminatoria por una agencia de servicios humanos. Puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja a los derechos civiles.

La **División de Igualdad de Oportunidad y Acceso del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota** (Minnesota Department of Human Services, Equal Opportunity and Access Division), prohíbe la discriminación en todos sus programas debido raza, color, origen nacional, credo, religión, orientación sexual, condición de asistencia pública, edad, discapacidad, o sexo. Comuníquese directamente con División de Igualdad de Oportunidad y Acceso:

(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)

(División de Igualdad de Oportunidad y Acceso)

Minnesota Department of Human Services

Equal Opportunity and Access Division

P.O. Box 64997

St. Paul, MN 55164-0997

651-431-3040 (voz) o

use el servicio de retransmisión de su preferencia

El **Departamento de Derechos Humanos de Minnesota** (Minnesota Department of Human Rights) prohíbe la discriminación en programas de servicios públicos debido a raza, color, credo, religión, origen nacional, discapacidad, sexo, orientación sexual, o condición de asistencia pública. Comuníquese directamente con el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota:

(Departamento de Derechos Humanos de Minnesota)
Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building, 625 North Robert Street
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (voz)
1-800-657-3704 (número gratis)
711 o 1-800-627-3529 (Transmisión de MN [MN Relay])

La **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.** (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) prohíbe la discriminación en sus programas debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, y en algunos casos religión y sexo. Comuníquese directamente con la agencia federal:

(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.)
(Oficina para Derechos Civiles, Región V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (voz)
1-800-368-1019 (número gratis)
1-800-537-7697 (TTY)

El **Departamento de Agricultura de EE.UU.** (U.S. Department of Agriculture) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo debido a condiciones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde corresponda, creencias políticas, estado civil, condición familiar o parental, orientación sexual, o todo o parte del ingreso de una persona que provenga de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad que realice o financie el Departamento. (No todas las condiciones se aplican a todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si desea presentar una queja de discriminación de programa de derechos civiles, complete el **formulario de queja de discriminación de programa del USDA** (USDA Program Discrimination Complaint Form), que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al 1-866-632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario.

Envíenos el formulario de queja completado o la carta por correo a:

(Departamento de Agricultura de EE.UU.)
(Director, Oficina de Determinación Jurídica)
U.S. Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
202-690-7442 (fax)
o por correo electrónico a program.intake@usda.gov

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) llamando al 1-800-877-8339; o 1-800-845-6136 (Español).

Para cualquier otra información que tenga que ver con asuntos del Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP (Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria), las personas deben llamar al número de la línea directa del programa SNAP del USDA (USDA SNAP Hotline Number) al 1-800-221-5689, que también está disponible en español, o llamar a los números de información/línea directa del Estado (State Information/Hotline Numbers) (hacer clic en el enlace para obtener una lista de los números de las líneas directas por estado); se encuentra en línea en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidad.

CB2 (1-15)

Notificación sobre el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad y el Sistema de Informe sobre el Empleo

¿Qué es el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (Income Eligibility Verification System - IEVS)?

El gobierno cuenta con una manera para verificar los ingresos. Este es el "Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad" (IEVS). La ley nos requiere que verifiquemos sus ingresos con otras agencias. Tenemos que verificar los ingresos de todas las personas que solicitan o reciben beneficios de asistencia en efectivo. Esto incluye a sus hijos. Necesitamos los números de Social Security (SSN) de toda persona que desea ayuda. Si usted no tiene un SSN, debe solicitar uno. Solicítelo a la agencia de servicios humanos. Usted debe informar todos los números de Social Security a su trabajador social.

¿Qué es el Sistema de Informe de Trabajo?

Los empleadores de Minnesota tienen que notificarnos cuando contratan a alguna persona. Esta información es usada por el Child Support Program (Programa de Manutención de Menores). También usamos esta información para saber si un empleado nuevo está recibiendo ayuda de alguno de los programas mencionados en la primera página de esta solicitud.

¿Qué datos obtendremos y cómo los usaremos?

Verificamos sus ingresos, bienes y seguro médico con otras agencias. Si no nos notificó todos los ingresos o bienes, calcularemos nuevamente su ayuda. Su ayuda podría reducirse o cesar. Si obtiene ayuda que no debe estar recibiendo, podríamos usar estos datos en demandas civiles o penales.

¿Cómo los usamos?

Si el empleado recibe ayuda de alguno de estos programas, el trabajador recibe una notificación. Si el cliente no informó el nuevo trabajo, el trabajador se comunicará con el cliente. El trabajador puede pedirle al cliente que muestre una prueba del trabajo. Es posible que el cliente tenga que darle permiso a la agencia para verificar los datos con el empleador. Si un cliente no nos ayuda a verificar la información, perderá los beneficios.

Agencias de las que obtenemos información

Tenemos que compartir datos con estas agencias:

- Administración del Seguro Social de EE.UU. (United States Social Security Administration - SSA) – Obtenemos registros de ingresos de trabajo por cuenta propia, ingresos de jubilación, beneficios de sobreviviente, pagos por discapacidad, Social Security (RSDI), Supplemental Security Income (SSI).
- Servicios de Impuestos Internos de los Estados Unidos (United States Internal Revenue Service - IRS) – Obtenemos registros de ingresos no ganados (como intereses y dividendos).
- Departamento de Trabajo y Desarrollo Económico de Minnesota (Minnesota Department of Employment and Economic Development - DEED) – Obtenemos registros de sueldos, pagos y datos del Seguro de Desempleo.
- Oficina de Cumplimiento de Manutención de Menores (Minnesota Office of Child Support Enforcement)
- Agencias en otros estados que administran:
 - Seguro de Desempleo
 - Asistencia en efectivo
 - SNAP
 - Cumplimiento de Manutención de Menores
 - Suplementos de SSI del estado.

Estas agencias tienen el derecho de obtener de nosotros ciertos datos sobre usted. Tienen que usar esos datos para programas tales como RSDI, cumplimiento de manutención de menores, asistencia en efectivo, SNAP, Seguro de Desempleo, y SSI.

Le notificaremos si los datos de otras agencias no son los mismos que los datos que usted nos proporcionó. Le notificaremos los datos que obtuvimos, los tipos de ingresos

o bienes, y el monto. Le daremos 10 días para responder por escrito y probar que nuestros datos son incorrectos.

Le pediremos que muestre comprobantes de ingresos, bienes, o seguro médico que usted no reportó o que no pudimos verificar. Es posible que tenga que darnos permiso para verificar los datos con la fuente de los datos. Le notificaremos lo que sucederá si no firma el permiso o no nos ayuda.

La ley es restrictiva en cuanto a quién puede obtener datos sobre usted

La ley es restrictiva en cuanto a los datos sobre usted que obtenemos de otras agencias y los datos que nosotros les proporcionamos. Los contratos con el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y esas agencias también lo protegen. Solo esas agencias, el estado y la agencia del condado donde usted solicita y obtiene beneficios de programas pueden usar los datos sobre usted. Nadie más puede obtener los datos acerca de usted sin su permiso por escrito.

Su deber de informar

Usted debe informar todos sus ingresos y bienes:

- Si recibe asistencia en efectivo, informe cualquier cambio en un plazo de 10 días a partir de la fecha del cambio, o, si hace el informe en un Formulario de informe de las Personas que Viven en el Hogar (Household Report Form) (DHS-2120), llene el formulario y devuélvalo antes del día 8 del mes.
- Si recibe beneficios de SNAP, informe los cambios requeridos antes del día 10 del mes siguiente al mes del cambio. Por ejemplo, si el cambio ocurre en marzo, debe informarlo antes del 10 de abril.

Aún tiene que informar todos sus ingresos, bienes y otra información en los formularios de redeterminación que le enviamos.

Usted debe ayudar cuando la agencia verifique sus ingresos y bienes. El IEVS es una manera de comprobar el monto de sus ingresos y bienes.

¿Qué sucede si usted no ayuda?

Usted debe ayudarnos a verificar sus ingresos y bienes para obtener beneficios de asistencia en efectivo y SNAP. Si no lo hace, usted y su familia no recibirán ayuda.

Autoridad legal

IEVS - 7 CFR, partes 271, 272, 273, 275; 42 CFR, partes 431, 435; 45 CFR, partes 205, 206, 233 Work Reporting Minnesota Statute (Informe de Trabajo - Estatuto de Minnesota), section 256.998, subd.10.

ADA5 (12-12)

Esta información está disponible en formatos accesibles para personas discapacitadas. Para obtenerla, llame a su trabajador del condado. Si necesita información adicional sobre derechos y protecciones para personas discapacitadas a fin de acceder a los programas de servicios humanos, comuníquese con el coordinador de la ley ADA (Ley sobre los Estadounidenses con Discapacidades) de la agencia.



Formulario de solicitud combinada

 Complete su solicitud en línea en:
www.applymn.dhs.mn.gov

No utilice esta solicitud para solicitar cobertura de cuidado de salud. La fecha de su solicitud o el día que pueden iniciar sus beneficios monetarios o de SNAP (alimentos) es la fecha en que la agencia recibe su solicitud. Podemos establecer la fecha de su solicitud si tenemos su nombre, dirección y firma en las páginas 1-2. Para que su solicitud se considere completa, conteste todas las preguntas de la solicitud. **Pida la colaboración de alguien si necesita ayuda para llenar esta solicitud. Asegúrese de firmar y fechar la solicitud en las páginas 2 y 10.**

 CASE NUMBER

PERSONA 1 NOMBRE LEGAL DEL SOLICITANTE (apellido/primer nombre/segundo nombre o inicial)		OTROS NOMBRES (apellido de soltera, sobrenombre, etc.)		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)		SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA (Si no tiene una dirección, escriba "sin hogar".)						APT. NÚMERO	
CIUDAD		CONDADO			ESTADO		CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN DE CORREO (Si es diferente de la dirección donde vive)							
NÚMERO TELEFÓNICO EN EL QUE SE LE PUEDE UBICAR (incluya el código de área) Casa: _____ Otro: _____				¿VIVE EN UNA RESERVACIÓN? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es sí, ¿en cuál?			
¿NECESITA UN INTÉRPRETE? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿CUÁL ES SU IDIOMA HABLADO PREFERIDO?		¿CUÁL ES SU IDIOMA ESCRITO PREFERIDO?			
ESTADO CIVIL*		NÚMERO DE SOCIAL SECURITY		FECHA MÁS RECIENTE QUE SE MUDÓ A MINNESOTA (mm/dd/aa) Fecha: _____ De: _____			
¿ES CIUDADANO O NACIONAL DE LOS EE.UU? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		ORIGEN ÉTNICO (opcional) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		RAZA (opcional)*		ÚLTIMO GRADO COMPLETADO EN LA ESCUELA	
¿A QUÉ PROGRAMAS ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> Programa SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Programas de efectivo <input type="checkbox"/> Emergency Assistance** <input type="checkbox"/> Ninguno							

* Vea los códigos de ESTADO CIVIL y RAZA en la parte superior de la página 2.

** Antes de solicitar Emergency Assistance, consulte con su agencia con respecto a la financiación y los criterios específicos de elegibilidad.

¿Necesita ayuda inmediatamente? Las preguntas 1 a 4 a continuación, nos ayudarán a decidir si usted puede recibir ayuda con los alimentos inmediatamente.

1. ¿Cuál es el total de ingresos (efectivo o cheques) que recibió o recibirá su hogar **este mes**? \$
2. ¿Cuánto dinero en **efectivo, cuenta de cheques o cuenta de ahorros** hay en su hogar (incluyendo a los niños)? \$
3. ¿Cuánto se paga en su hogar por **alquiler/hipoteca**? \$
 ¿Cuáles de los **servicios públicos** paga usted?
 Calefacción
 Aire acondicionado
 Electricidad
 Teléfono
 Ninguno
4. Sí No ¿Es alguno de los miembros de su hogar un **trabajador migrante o trabajador agrícola de temporada**?
5. Sí No ¿Algún miembro de su familia ha recibido en alguna oportunidad asistencia en efectivo, mercancías o beneficios del programa SNAP anteriormente? Si la respuesta es "Sí",
 ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____ ¿Qué? _____
6. Sí No ¿Hay alguien embarazada en su hogar? Si responde sí, ¿Quién? _____

Agency use:		MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON	
Eligible for expedited SNAP? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Intends to reside in MN? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Same-day interview offered? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Has sponsor? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Declined? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Immigration status _____	Next-day interview offered? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Verification: <input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached
Declined? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		_____ children _____ adults	

He revisado mis respuestas y creo que todas son verdaderas y correctas a mi mejor saber y entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA	AGENCY SIGNATURE	DATE RECEIVED
--	-------	------------------	---------------

Haga una lista con todas las personas que viven en su hogar aunque no esté solicitando para ellas o la persona no esté solicitando asistencia. Las reglas del programa requieren que algunas personas obtengan beneficios juntas. Usted **solo** tiene que dar el número de Social Security de las personas que están solicitando ayuda. Si algún miembro de su hogar usa otro nombre (de soltera, sobrenombre, etc.) escriba los otros nombres en las casillas de OTROS NOMBRES que aparecen a continuación. **Enumérelas en este orden:** Su cónyuge, otro(s) adulto(s), niños, todos los demás, cualquiera que esté temporalmente ausentado del hogar. Las preguntas de ORIGEN ÉTNICO y RAZA son opcionales y no afectarán su elegibilidad o nivel de beneficios. La razón por la que pedimos esta información es para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color u origen nacional.

***Estado civil:** (elija uno)
N = Nunca se ha casado **M** = Casado(a), vive con su cónyuge **S** = Separado(a) (casados, viven separados)
L = Separado(a) legalmente **D** = Divorciado(a) **W** = Viudo(a)

***Raza:** (marque todas los que correspondan)
N = Indio americano o indígena de Alaska **A** = Asiático **B** = Negro o afroamericano
P = Indígena de Hawaii o de las islas del Pacífico **W** = Blanco

PERSONA 2 NOMBRE LEGAL (apellido/primer nombre/segundo nombre o inicial)		OTROS NOMBRES		SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	RELACIÓN CON USTED
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)	ESTADO CIVIL*	NÚMERO DE SOCIAL SECURITY		ÚLTIMO GRADO COMPLETADO EN LA ESCUELA	
¿ES CIUDADANO O NACIONAL DE LOS EE.UU? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	ORIGEN ÉTNICO (optional) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	RAZA (opcional)*	FECHA MÁS RECIENTE QUE SE MUDÓ A MINNESOTA (mm/dd/aa) Fecha: _____ De: _____		
¿A QUÉ PROGRAMAS ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> Programa SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Programas de efectivo <input type="checkbox"/> Emergency Assistance** <input type="checkbox"/> Ninguno					

** Antes de solicitar Emergency Assistance, consulte con su agencia con respecto a la financiación y los criterios específicos de elegibilidad.

Agency use:	MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON	
Intends to reside in MN?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	IMMIGRATION STATUS
Has sponsor?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Verification:	<input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

PERSONA 3 NOMBRE LEGAL (apellido/primer nombre/segundo nombre o inicial)		OTROS NOMBRES		SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	RELACIÓN CON USTED
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)	ESTADO CIVIL*	NÚMERO DE SOCIAL SECURITY		ÚLTIMO GRADO COMPLETADO EN LA ESCUELA	
¿ES CIUDADANO O NACIONAL DE LOS EE.UU? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	ORIGEN ÉTNICO (optional) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	RAZA (opcional)*	FECHA MÁS RECIENTE QUE SE MUDÓ A MINNESOTA (mm/dd/aa) Fecha: _____ De: _____		
¿A QUÉ PROGRAMAS ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> Programa SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Programas de efectivo <input type="checkbox"/> Emergency Assistance** <input type="checkbox"/> Ninguno					

** Antes de solicitar Emergency Assistance, consulte con su agencia con respecto a la financiación y los criterios específicos de elegibilidad.

Agency use:	MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON	
Intends to reside in MN?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	IMMIGRATION STATUS
Has sponsor?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Verification:	<input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

PERSONA 4 NOMBRE LEGAL (apellido/primer nombre/segundo nombre o inicial)		OTROS NOMBRES		SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	RELACIÓN CON USTED
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)	ESTADO CIVIL*	NÚMERO DE SOCIAL SECURITY		ÚLTIMO GRADO COMPLETADO EN LA ESCUELA	
¿ES CIUDADANO O NACIONAL DE LOS EE.UU? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	ORIGEN ÉTNICO (optional) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	RAZA (opcional)*	FECHA MÁS RECIENTE QUE SE MUDÓ A MINNESOTA (mm/dd/aa) Fecha: _____ De: _____		
¿A QUÉ PROGRAMAS ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> Programa SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Programas de efectivo <input type="checkbox"/> Emergency Assistance** <input type="checkbox"/> Ninguno					

** Antes de solicitar Emergency Assistance, consulte con su agencia con respecto a la financiación y los criterios específicos de elegibilidad.

Agency use:	MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON	IMMIGRATION STATUS
Intends to reside in MN?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Has sponsor?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Verification:	<input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

PERSONA 5 NOMBRE LEGAL (apellido/primer nombre/segundo nombre o inicial)		OTROS NOMBRES		SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	RELACIÓN CON USTED
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)	ESTADO CIVIL*	NÚMERO DE SOCIAL SECURITY		ÚLTIMO GRADO COMPLETADO EN LA ESCUELA	
¿ES CIUDADANO O NACIONAL DE LOS EE.UU? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	ORIGEN ÉTNICO (optional) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	RAZA (opcional)*	FECHA MÁS RECIENTE QUE SE MUDÓ A MINNESOTA (mm/dd/aa) Fecha: _____ De: _____		
¿A QUÉ PROGRAMAS ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> Programa SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Programas de efectivo <input type="checkbox"/> Emergency Assistance** <input type="checkbox"/> Ninguno					

** Antes de solicitar Emergency Assistance, consulte con su agencia con respecto a la financiación y los criterios específicos de elegibilidad.

Agency use:	MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON	IMMIGRATION STATUS
Intends to reside in MN?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Has sponsor?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Verification:	<input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

Si son más de 5 personas, complete el DHS-5223S o use la página al dorso de la solicitud.

Háblenos acerca de su hogar. (Responda todas las preguntas a continuación.)

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	1. ¿ Todos los miembros de su hogar compran, preparan los alimentos o comen con usted?
Agency use: EATS	
<input type="checkbox"/> Confirmed response	
Verification: <input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	2. ¿Hay alguien en su hogar que tiene 60 años o más, o está discapacitado y no puede comprar o preparar alimentos debido a una discapacidad?
Agency use: EATS	
<input type="checkbox"/> Confirmed response	
Verification: <input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	3. ¿Hay alguien en su hogar que asiste a la escuela?
Agency use: SCHL	
<input type="checkbox"/> Confirmed response	
Verification: <input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. ¿Hay alguien en su hogar que no está viviendo en su hogar temporalmente? (por ejemplo: de vacaciones, en cuidado sustituto, tratamiento, hospitalizado, buscando trabajo)
Agency use: REMO	
<input type="checkbox"/> Confirmed response	
Verification: <input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

Sí No 5. ¿Hay **alguien** que sea ciego o que tenga una condición de salud física o mental que limite su capacidad para trabajar o realizar las actividades diarias?

Agency use: DISA, EMPS, PBEN, UNEA, WREG

Confirmed response
Verification: requested attached

Sí No 6. ¿Hay **alguien** que está imposibilitado de trabajar por otras razones que no sean enfermedad o discapacidad?

Agency use: EMPS, WREG

Confirmed response
Verification: requested attached

Sí No 7. En los últimos 60 días **alguien** en su hogar:

- ¿Dejó de trabajar o renunció a su trabajo?
- ¿Solicitó trabajar menos horas?
- ¿Rehusó una oferta de trabajo?
- ¿Participó en una huelga?

Agency use: STWK, STRK

Confirmed response
Eligible for good cause? Yes No
Verification: requested attached

¿Qué tipos de ingresos tiene usted? (Responda todas las preguntas a continuación.)

Sí No 8. ¿**Alguien** en su hogar tuvo un trabajo o trabajó por su cuenta en los últimos 12 meses?

Agency use: JOBS

Confirmed response
Verification: requested attached

Sí No 9. ¿**Alguien** en su hogar tiene un trabajo o espera recibir ingresos de un trabajo este mes o el mes siguiente?

Traiga o envíe prueba. Si la respuesta es “Sí”, nombre del empleador/empresa: _____
Ingreso bruto mensual: \$ _____

Note: Incluya ingreso de un Programa de trabajo para estudiantes (Work Study) y pasantías pagadas. Incluya los beneficios gratuitos o gastos reducidos recibidos por el trabajo (vivienda, alimentos, ropa, etc.).

Agency use: JOBS, STIN

Confirmed response
Verification: requested attached
How often paid? Daily Weekly
 Biweekly Semi-monthly Other

Sí No 10. ¿**Alguien** en su hogar trabaja por su cuenta o alguien espera recibir más ingresos por trabajo por su cuenta este mes o el mes próximo? Si la respuesta es “Sí”, el ingreso bruto mensual es: \$ _____

Traiga o envíe prueba. Ejemplos:

- Venta de productos
- Cultivo
- Cuidado en el hogar
- Conductor de taxi
- Conservation Reserve Program - CRP (Programa de Reservas para la Conservación)
- Ingresos por rentas de inquilinos
- Otro
- Servicios personales
- Distribución de periódicos
- Alquiler de propiedades

Agency use: BUSI, RBIC

Confirmed response
Verification: requested attached

Sí No 11. ¿Espera cambios en su ingreso, gastos u horas de trabajo?

Agency use: BUSI, JOBS, WKEX

Confirmed response
Verification: requested attached

Persona que Recibe el Salario Principal (Principal Wage Earner – PWE). Los hogares con niños que reciben el programa SNAP (alimentos) deben designar la persona que desean como PWE. Cualquier adulto en su hogar que reciba SNAP puede ser el PWE. Hable con su trabajador antes de nombrar al PWE del programa SNAP.

PWE NOMBRADO	FIRMA DEL SOLICITANTE
--------------	-----------------------

12. ¿Alguien en su hogar ha solicitado o recibe cualquiera de los tipos de ingreso siguientes? Marque sí o no para cada artículo. Traiga o envíe prueba.

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Social Security (RSDI)*** \$ _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Supplemental Security Income (SSI) (Seguro de Ingreso Suplementario)*** \$ _____
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Beneficios de Veteranos (Veteran benefits - VA) \$ _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Seguro de Desempleo \$ _____
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Compensación a trabajadores \$ _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Beneficios de jubilación \$ _____
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Pagos de tribus \$ _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Manutención de menores o manutención conyugal \$ _____
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Otros ingresos no derivados del trabajo (fideicomisos, regalos, juego, etc.) \$ _____	

***La agencia verificará este ingreso por usted.

Agency use:	PBEN, UNEA
<input type="checkbox"/> Confirmed response	
Verification: <input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

Sí No **13. ¿Hay alguien en el hogar que tenga o espere obtener algún préstamo, beca o subvención para asistir a la escuela?**

Agency use:	STIN
<input type="checkbox"/> Confirmed response	
Verification: <input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

¿Qué tipos de gastos tiene usted? (Responda todas las preguntas a continuación.)

14. ¿Tiene su hogar los gastos de vivienda siguientes? Marque sí o no para cada artículo. Traiga o envíe prueba.

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Alquiler (incluye alquiler de terreno para casa móvil)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Gastos de mantenimiento
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Pago de hipoteca/contrato de escritura	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Alojamiento y/o comidas
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Seguro de propiedad (si no se incluye en la hipoteca)	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Impuestos sobre la propiedad (si no se incluye en la hipoteca)	

Agency use:	SHEL, EATS
<input type="checkbox"/> Confirmed response	
Verification: <input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

15. ¿Tiene su hogar los gastos de servicios públicos a continuación durante alguna parte del año? Marque sí o no para cada artículo. Traiga o envíe prueba.

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Calefacción/aire acondicionado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Electricidad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Combustible de cocina
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Agua y desagüe	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Recojo de basura	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Teléfono/teléfono celular
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Usted o alguien en su hogar recibió LIHEAP (ayuda con los gastos de energía) por más de \$20 en los últimos 12 meses?		

Agency use:	ACUT, HEST
<input type="checkbox"/> Confirmed response	
Verification: <input type="checkbox"/> requested <input type="checkbox"/> attached	

Sí No **16. ¿Usted o alguna persona que vive con usted** tiene gastos por el cuidado de un **menor o menores** debido a que usted o las otras personas están trabajando, buscando trabajo o asistiendo a la escuela? El Child Care Assistance Program puede ayudarle a pagar los costos de cuidado de menores. Pregunte a su trabajador cómo solicitar para el Child Care Assistance Program.

Agency use: DCEX
 Confirmed response
 Verification: *requested* *attached*

Sí No **17. ¿Usted o alguna persona que vive con usted** tiene gastos por el cuidado de un **adulto enfermo o discapacitado** debido a que usted o las otras personas están trabajando, buscando trabajo o asistiendo a la escuela?

Agency use: DCEX
 Confirmed response
 Verification: *requested* *attached*

Sí No **18. ¿Hay alguien en** el hogar que **paga** por manutención de menores por orden del tribunal, manutención conyugal, manutención para cuidado de menores, manutención médica o contribuye a un dependiente de impuestos que no vive en el hogar?

Agency use: COEX
 Confirmed response
 Verification: *requested* *attached*

Sí No **19. En caso de beneficios SNAP solamente: ¿Alguna persona** en el hogar tiene gastos médicos? Para obtener una deducción médica, debe proveer prueba de todas las facturas médicas incurridas por alguna persona en su hogar **que está discapacitada o tiene 60 años o más. No** traiga facturas médicas que estén siendo pagadas por algún programa de cuidado de salud, seguro o por alguien que no vive con usted.

Agency use: FMED
 Confirmed response
 Verification: *requested* *attached*

Sí No **20. Solo para GA:** ¿Tiene **alguien** en su hogar gastos relacionados con trabajo, capacitación o búsqueda de trabajo, tales como transporte, comidas y uniformes? Pregunte a su trabajador financiero si esos gastos aplican a los programas que está solicitando.

Agency use: WKEX
 Confirmed response
 Verification: *requested* *attached*

¿Qué le pertenece? (Responda todas las preguntas a continuación.)

21. ¿Hay alguien en su hogar que posea, o **alguien** está comprando cualquiera de los siguientes? Marque sí o no para cada artículo. **Traiga o envíe prueba.**

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Dinero en efectivo | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Seguro de vida o de servicios funerarios |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Cuentas de bancos (ahorros, de cheques, etc.) | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Acciones, bonos, pensiones anuales, etc. |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Vehículos (automóviles, camiones, motocicletas, etc.) | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Propiedad inmueble (casa, terreno, etc.) |
| <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Otros bienes (herramientas, barcos, ganado, etc.) | | <input type="text"/> |

Agency use: CASH, CARS, ACCT, REST, SECU, SPON, OTHER
 Confirmed response
 EFT offered? Yes No
 Verification: *requested* *attached*

Sí No **22. ¿Hay alguien** en su hogar que haya regalado, vendido o transferido algo de valor **en los últimos 12 meses?** (p. ej: Propiedad de bienes inmuebles, cuentas de bancos, pensiones anuales, vehículos, etc.)

Agency use: TRAN

Confirmed response

Verification: *requested* *attached*

Otra información: (Responda las preguntas a continuación.)

Sí No **23. Para recertificaciones solamente: ¿Alguien** se mudó dentro o fuera de su hogar en los últimos 12 meses?

Agency use: ADME, REMO

Confirmed response

Verification: *requested* *attached*

Sí No **24. ¿Los dos** padres de **cada** niño menor de 19 años viven en el hogar?

Agency use: INFC/CSIA, ABPS

Confirmed response

Verification: *requested* *attached*

Sí No **25. Para beneficiarios de MSA solamente: ¿Hay alguien** en el hogar que esté siguiendo una dieta recetada por un médico?

Agency use: DIET

Confirmed response

Verification: *requested* *attached*

Usted puede autorizar a otra(s) persona(s) para que lo represente y lo ayude a:

- **Completar los formularios y solicitar ayuda de la agencia** (por ejemplo, ir a una entrevista por usted, conversar o trabajar con los proveedores de servicios de empleo)
- **Obtener los avisos y la información relacionados con su caso**
- **Obtener sus beneficios del programa SNAP y compre sus alimentos usando su cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT).**

Usted puede pedir ayuda a más de una persona con los puntos mencionados anteriormente. La persona autorizada puede ser un amigo, pariente, un curador en su representación, una persona autorizada por los tribunales o una persona con poder de representación. Esta(s) persona(s) puede(n) actuar como su representante hasta que usted notifique a su trabajador que desea discontinuar la ayuda. Pida a su trabajador más información sobre los representantes autorizados. **Todas las personas autorizadas deben firmar y fechar la última página de esta solicitud.**

Quiero que la persona nombrada:

- Llene los formularios
- Reciba los avisos
- Reciba y use mis beneficios del programa SNAP

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

- Llene los formularios
- Reciba los avisos
- Reciba y use mis beneficios del programa SNAP

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

- Llene los formularios
- Reciba los avisos
- Reciba y use mis beneficios del programa SNAP

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Tutor legal:

Sí No ¿Tiene un tutor legal o curador, o existe un poder de representación?

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el nombre completo de esa persona (adjunte copias de los documentos legales)?

NOMBRE	¿TIENE QUE PAGAR HONORARIOS? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si responde "Sí", ¿cuánto? \$ _____	¿CON QUÉ FRECUENCIA?
--------	---	----------------------

Otra ayuda:

- Sí No ¿Recibe actualmente ayuda de un trabajador social o una agencia de servicios sociales?
- Sí No ¿Necesita ayuda con referencias para otras áreas (por ejemplo, almacén de alimentos gratuitos, vivienda, transporte)?
- Sí No ¿Quiere inscribirse para votar o actualizar su inscripción?

COMENTARIOS

Advertencia sobre sanciones y preguntas de calificación

Si recibe beneficios monetarios o de SNAP, debe seguir las reglas que se indican a continuación.

- **No dé información falsa** ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios. Si recibe beneficios monetarios o de SNAP y da información falsa u oculta información sobre su **identidad** y **residencia** para obtener beneficios múltiples por el mismo período de tiempo, podría ser excluido durante 10 años.
- **No canjee ni venda** sus beneficios del programa SNAP o las tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT). **El canje o venta de beneficios por un valor de hasta \$500 puede resultar en inelegibilidad permanente.**
- **No use los beneficios monetarios o del programa SNAP para comprar artículos no permitidos**, tales como alcohol y tabaco.
- **No use la(s) tarjeta(s) de acceso de EBT de otra persona** para obtener beneficios monetarios o de SNAP para su hogar.

El estado puede excluir a los miembros del hogar que quebranten cualquiera de estas reglas. La exclusión dura un año por el primer fraude, dos años por el segundo fraude y es permanente por el tercer fraude. Los meses en que estará excluido de MFIP por no cumplir las reglas pueden contar hacia su límite de por vida de 60 meses.

También puede ser enjuiciado por fraude si no cumple con las reglas y se podrían aplicar multas y sanciones adicionales. La pena máxima es una multa de \$250,000 o un período de cárcel de 20 años, o ambos.

Advertencia de sanción especial del programa SNAP:

Si un tribunal federal, estatal o local determina que usted u otro miembro de su hogar es culpable de dar o recibir beneficios del programa SNAP a cambio de:

- **Sustancias controladas**, ese miembro de su hogar será descalificado de recibir beneficios del programa SNAP por 24 meses por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.
- **Armas de fuego, municiones o explosivos**, ese miembro del hogar será descalificado de recibir beneficios del programa SNAP permanentemente.

Si usted admite haber cometido un delito mayor

relacionado con drogas durante los últimos 10 años, la agencia del condado podrá solicitar que se le hagan pruebas de drogas al azar. Si la primera vez los resultados de la prueba son positivos, la agencia del condado reducirá los beneficios del programa MFIP o SNAP de su hogar en un 30 por ciento. Si los resultados de la segunda prueba son positivos, quedará descalificado permanentemente.

- Sí No
1. ¿Un tribunal o cualquier otro proceso civil o administrativo en Minnesota o en cualquier otro estado ha determinado que un miembro de su hogar es culpable, o alguien ha sido descalificado de recibir asistencia pública por incumplir con las reglas antes mencionadas?
 2. ¿Alguna persona del hogar ha sido condenada por hacer declaraciones fraudulentas acerca de su lugar de residencia para obtener beneficios monetarios o de SNAP en más de un estado?
 3. ¿Hay alguien en su hogar ocultándose o huyendo de la ley para evitar un proceso judicial, ser detenido, o para evitar ir a la cárcel por un delito mayor?
 4. ¿Ha sido algún miembro de su hogar condenado por un delito relacionado con drogas durante los últimos 10 años?
 5. ¿Hay algún miembro de su hogar que actualmente esté violando su condición de libertad bajo palabra, libertad condicional o su puesta en libertad bajo supervisión?

Si marcó sí en cualquier de las preguntas anteriores, haga una lista de los miembros del hogar y ponga el número de pregunta a continuación:

PREGUNTA NO.	MIEMBRO DEL HOGAR	PREGUNTA NO.	MIEMBRO DEL HOGAR

Inscripción para servicios de empleo

Entiendo que firmar esta solicitud me inscribe para servicios de empleos. También entiendo que hacerlo inscribe automáticamente a todos aquellos en mi hogar a quienes la agencia apruebe para recibir asistencia conmigo en servicios de empleo. Entiendo que yo u otros en mi hogar tendremos que participar en los servicios de empleo para recibir beneficios de asistencia en efectivo o de SNAP.

Asignaciones

Entiendo que cuando obtenga el MFIP deberé asignar mis derechos para manutención de menores y pensión alimentaria al estado de Minnesota.

Perjurio y declaraciones generales

Declaro bajo pena de perjurio, que he examinado esta solicitud y, a mi mejor saber y entender, es una declaración verdadera y correcta de cada uno de los puntos importantes. Entiendo que una persona condenada por perjurio puede ser sentenciada a cumplir no más de cinco años de prisión o al pago de una multa no mayor de \$10,000, o ambos. [Minnesota Statutes, section 256.984, subd. 1]

Autorización para compartir información para investigación de fraude y auditorías

Convengo en que otros pueden compartir mi información con personas que investigan el fraude y que llevan a cabo auditorías federales o estatales. Esto puede incluir, entre otros:

- Empleadores y escuelas,
- Arrendadores y empresas de servicios públicos,
- Agencias financieras y compañías de seguros, y
- Otras oficinas gubernamentales.

Entiendo que este consentimiento es válido por seis meses después de que cesen mis beneficios.

Al firmar:

- Entiendo que la asistencia en efectivo se provee para ayudar a que las familias elegibles cubran sus necesidades básicas.
- Entiendo que si presento información falsa o hago mal uso de la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT), puedo ser procesado por fraude. [Minnesota Statutes, section 256.98 y 609.821]
- Reconozco que desde mi última solicitud o recertificación, he recibido mis beneficios de efectivo o del programa SNAP directamente o he usado mi tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) para obtener los beneficios de efectivo o del programa SNAP.
- Reconozco que he leído y entendido la sección “Advertencia sobre sanciones y preguntas de calificación” en la página 9.
- Reconozco que mi trabajador me entregó una copia de la “Notificación de prácticas de la privacidad” (“Notice of Privacy Practices”) (DHS-3979) y que me explicó las secciones “Sus responsabilidades” y “Sus derechos” que aparecen en la página iii.
- Convengo en asignar mi manutención de menores como se indicó anteriormente.
- Convengo en que se comparta la información como se indicó en la sección informativa de divulgación de fraude antes descrita.
- Convengo en que se comparta la información como se indicó en la sección de números de Social Security en la página iii.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA	FIRMA DEL CÓNYUGE U OTRO ADULTO	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA	FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA

Agency Use:

Provided applicant with the following documents:

- Program information brochure (DHS-2920) (Folleto informativo del programa)
- Domestic Violence Information brochure (DHS-3477) (Folleto de información de violencia doméstica)
- Notice of Privacy Practices (DHS-3979) (Notificación de prácticas de la privacidad)
- Responsibilities and Rights (pages iv - vi) (Responsabilidades y derechos)
- Do you have a disability? (DHS-4133) (¿Tiene una discapacidad?)
- Reviewed all pages of application with client

AGENCY SIGNATURE	INTERVIEW DATE	CASE NUMBER
------------------	----------------	-------------

Use este espacio si necesita espacio adicional.