



**SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD DE DELAWARE (DHSS)  
DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES (DSS)**

Solicitud para Cupones de Alimentos, Ayuda de Dinero en Efectivo, Seguro Médico, y Ayuda para Cuidado Infantil/Guardería

**Consideramos todas las solicitudes sin importar la raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, incapacidad o creencias políticas.**

**Por favor lea cuidadosamente antes de completar y asegúrese de FIRMAR LA ÚLTIMA PÁGINA**

- La fecha de solicitud de sus cupones de alimentos comienza el día que recibimos esta aplicación.
- La solicitud entera debe completarse antes de que pueda recibir los beneficios.
- Devuelva esta solicitud dentro de 30 días de la fecha en que pidió ayuda médica. Si no lo hace, esto puede cambiar la fecha en que su ayuda médica comience.
- Dé respuestas completas y honestas en su solicitud y a su trabajador social.
- Usted debe proporcionar prueba de la información ofrecida antes de que podamos darle beneficios.
- Le daremos una lista de la información que debe verificarse.
- Hay penalidades criminales, civiles, y administrativas si da información falsa o engañosa en su solicitud o a su trabajador social.
- No firme ninguna declaración o formulario que no haya leído o que no entienda.
- Su trabajador social le contestará y explicará lo que no entienda.
- Usted debe informar todos los cambios que ocurran en su familia a su trabajador social, tan pronto como se entere del cambio.
- Usted debe informar todo ingreso, incluyendo trabajo a tiempo parcial o casual, y el no hacerlo puede resultar en un proceso de descalificación.
- Si usted está en una institución pública y solicita cupones de alimentos, al mismo tiempo que solicita Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI) su fecha de solicitud es la fecha de su salida de la institución.
- Estamos obligados a tomar acción sobre su solicitud de Cupones de Alimentos o Ayuda de Dinero en Efectivo dentro de 30 días después de la fecha en que recibimos su solicitud, 45 días para Asistencia Médica.

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Dirección Apartamento # Nombre de la Urbanización/Apartamentos

Ciudad/Pueblo Estado Código Postal

Número telefónico (Casa) (Trabajo)

Dirección Postal (si es diferente a la anterior)

Por favor indique cualquier otro nombre que pueda haber usado

Firma Fecha

Firma del Representante Autorizado (si está solicitando a nombre de alguien más) Fecha

**INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES PARA SERVICIOS DE ENTREGA DE CUPONES DE ALIMENTOS**

Si su familia tiene poco o ningún ingreso por el momento, usted puede recibir cupones de alimentos dentro de siete (7) días a partir de la fecha en que recibimos su solicitud completa:

- Si su familia espera recibir menos de \$150 en ingresos este mes;
- Si su familia tiene no más de \$100 disponibles en dinero en efectivo y cuentas bancarias;
- Si su familia es la de un trabajador migratorio o la de un trabajador agrícola de temporada; o
- Si la cantidad total del ingreso bruto mensual y dinero en efectivo disponible y cuentas bancarias de todos los miembros de la familia es menor que su alquiler/hipoteca y costos de servicios públicos (o Prestación Estándar por Servicios Públicos) para este mes.

**Responda las Sigüientes Preguntas**

	Cantidad	Sí / No
¿Cuál es el ingreso total que su familia espera recibir este mes?	\$	
¿Cuánto dinero en efectivo y ahorros tienen los miembros de su familia?	\$	
¿Cuánto es su pago de alquiler ó hipoteca y cantidad de gastos por servicios públicos este mes?	\$	
¿Es alguien en su familia un trabajador migratorio o un trabajador agrícola de temporada?		Sí / No
Si alguien en su familia es un trabajador migratorio o un trabajador agrícola de temporada en cualquier momento durante la actual temporada migratoria, ¿fue su familia aprobada para una postergación de los requisitos de verificación?		Sí / No
Si la respuesta es Sí, ¿cuándo y dónde?		

**POR FAVOR REVISE LOS BENEFICIOS QUE ESTÁ SOLICITANDO:**

- Cupones de alimentos    Ayuda de dinero en efectivo    Asistencia Médica    Cuidado Infantil/Guardería

¿Ha recibido alguien en su familia beneficios de los programas que se indican arriba en otro estado en los últimos tres meses?    SÍ    NO

¿Ha recibido alguien en su familia beneficios de dinero en efectivo en otro estado desde el 22 de agosto de 1996?    SÍ    NO   Si la respuesta es Sí, por favor indique el estado(s):

**REPRESENTANTES AUTORIZADOS**

Usted puede nombrar un adulto fuera de su familia para llenar su solicitud, para que vaya a una entrevista por usted, reciba sus cupones de alimentos, y use sus cupones de alimentos para comprar comida para usted.

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

- Llene la solicitud y vaya a la entrevista    Recoja los Cupones de Alimentos y compre alimentos

- Llene la solicitud y vaya a la entrevista

# LLENE LAS PÁGINAS SIGUIENTES UNA POR CADA PERSONA POR QUIEN USTED ESTÁ SOLICITANDO

**SI ESTÁ SOLICITANDO PARA SÍ MISMO,  
MENCIONESE USTED MISMO PRIMERO Y LUEGO TODOS LOS QUE VIVEN CON USTED.**

(Para cupones de alimentos, incluya a su cónyuge o pareja, hijos menores de 22 años de edad, padres si usted es menor de 22 años de edad, cualquiera que esté temporalmente fuera del hogar, amigos u otros familiares que coman con usted, cualquiera que coma con usted, excepto inquilinos y huéspedes.)

**Nota:** Las personas encarceladas en centros correccionales Federales, Estatales o Locales no son elegibles para cupones de alimentos.

## \*\*\*SOLICITANTE – SI ESTÁ SOLICITANDO PARA SÍ MISMO\*\*\*

<b>NOMBRE:</b> (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b> <small>Para asistencia médica – sólo solicitantes</small>
<b>Relación con el Solicitante:</b> <input type="checkbox"/> Usted mismo <b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
<b>RAZA:</b> Usted no está obligado a llenar la información de raza/étnica que está a continuación. Sin embargo, si no marca los encasillados, el trabajador social marcará los encasillados de raza/étnica para cumplir con la ley Federal sobre derechos civiles. Si usted no quiere darnos esta información, esto no afectará su caso. Estamos autorizados a pedir esta información bajo la Ley de Derechos Civiles de 1964. <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Norteamericana africana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> India norteamericana o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Latina <input type="checkbox"/> Otro		
<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Vive con pareja, no casado <input type="checkbox"/> No sabe		
<b>CIUDADANÍA / ESTADO DE INMIGRANTE:</b> (Para asistencia médica – solamente solicitantes) Lugar de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Ciudadano americano <input type="checkbox"/> Ciudadano americano naturalizado <input type="checkbox"/> Inmigrante con documentos <input type="checkbox"/> Inmigrante sin documentos. Si es un inmigrante con documentos, escriba su Número de Registro de Inmigrante aquí:		
¿Está huyendo para evitar persecución, o custodia, o encarcelamiento después de ser convicto de un crimen o por intento de cometer un crimen que es una fechoría bajo la ley de cualquier Estado? (No para asistencia médica) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está violando una condición probatoria o de libertad bajo palabra? (No para asistencia médica) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha sido convicto(a) de tener, usar, o vender drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o estatal que constituya una fechoría (No para asistencia médica) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

## PREGUNTAS MÉDICAS

### GASTOS MÉDICOS NO PAGADOS:

¿Tiene algunas facturas médicas que no hayan sido pagadas en los últimos tres meses?  Sí  No

### PREOCUPACIONES DE SALUD:

¿No puede trabajar debido a razones médicas?  Sí  No

**INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO:** ¿Está embarazada?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo espera dar a luz? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN

¿Es estudiante?  Sí  No Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA EN HUELGA

(no se requiere para asistencia médica)

¿Está en huelga?  Sí  No

#### ¿TIENE INGRESOS?

Sí  No

#### ¿TIENE RECURSOS?

\*\*PARA AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO SOLAMENTE\*\*

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDA D BRUTA	FRECUEN- CIA DE PAGO	FUENTE DEL RECURSO	CANTIDA D BRUTA O VALOR	FRECUEN- CIA
Sueldos			Dinero en efectivo a la mano		
Comisiones			Cuenta corriente		
Subsidios por Entrenamiento			Cuenta de ahorros		
Empleo por su cuenta			Cuenta del club de Días de Fiesta		
Remuneración por Desempleo			Cuenta del club de Vacaciones		
Indemnización por Accidentes Laborales			Cooperativa de Crédito		
Beneficios de Seguro Social			Fondos de Fideicomiso		
Beneficios de Seguro Suplementario			Pólizas de Seguro de Vida		
Pensiones o Beneficios de Veteranos			Acciones		
Beneficios por Incapacidad			Bonos		
Beneficios por Enfermedad/Maternidad			Certificados de Depósito		
Beneficios de Seguro			Fondos Monetarios de Mercado		
Beneficios de Unión/Huelga			Cuenta Individual de Retiro.		
Beneficios Ferroviarios de Retiro			Fideicomiso de Entierro		
Sustento o Pensión Alimenticia para los Hijos			Fondos de Entierro		
Ingreso por Huésped/Inquilino			Predio de Tumba		
Ingreso por Alquiler			Bienes Raíces		
Ingreso por Ayuda Educativa			Propiedad que produce Ingresos		
Ingreso Militar			Vehículos Recreativos		
Ingreso por Interés o Dividendo			Botes		
Ayuda por Cuidado Adoptivo			Casa rodante (Trailer)		
Subsidios en el Trabajo			Vehículo #1		
Ingreso de Patrocinador/Cónyuge			Vehículo #2		
Otro			Vehículo #3		

¿HA DEJADO SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS?  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**\*\*\*MIEMBRO DE LA FAMILIA POR QUIEN USTED ESTÁ SOLICITANDO \*\*\***

<b>NOMBRE:</b> (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b> <small>Para asistencia médica – sólo solicitantes</small>
--	----------------------------	---

**Relación con el Solicitante:**  Usted mismo    **SEXO:**  Masculino  Femenino

**RAZA:** Usted no está obligado a llenar la información de raza/étnica que está a continuación. Sin embargo, si no marca los encasillados, el trabajador social marcará los encasillados de raza/étnica para cumplir con la ley Federal sobre derechos civiles. Si usted no quiere darnos esta información, esto no afectará su caso. Estamos autorizados a pedir esta información bajo la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Blanca    Negra o Norteamericana africana    Asiática    India norteamericana o Nativo de Alaska  
 Nativo de Hawai o de otra Isla del Pacífico    Hispana    Latina    Otro

**ESTADO CIVIL:**

Soltero    Casado    Divorciado    Separado    Viudo  
 Vive con pareja, no casado    No sabe

**CIUDADANÍA / ESTADO DE INMIGRANTE:** (Para asistencia médica – solamente solicitantes)

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  Ciudadano americano    Ciudadano americano naturalizado    Inmigrante con documentos    Inmigrante sin documentos. Si es un inmigrante con documentos, escriba su Número de Registro de Inmigrante aquí:

¿Está él/ella huyendo para evitar persecución, o custodia, o encarcelamiento después de ser convicto(a) de un crimen o por intento de cometer un crimen que es una fechoría bajo la ley de cualquier Estado? (No para asistencia médica)  
 Sí    No

¿Está él/ella violando una condición probatoria o de libertad bajo palabra? (No para asistencia médica)  Sí    No

¿Ha sido él/ella convicto(a) de tener, usar, o vender drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o estatal que constituya una fechoría (No para asistencia médica)  Sí    No

**INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE PARA HIJOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD (si no están en el hogar):**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Patrono \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Patrono \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

(Si no responde, su hijo puede ser elegible todavía para asistencia médica.)

**PREGUNTAS MÉDICAS**

**GASTOS MÉDICOS NO PAGADOS:**

¿Tiene él/ella algunas facturas médicas que no hayan sido pagadas en los últimos tres meses?  Sí    No

**PREOCUPACIONES DE SALUD:**

¿No puede él/ella trabajar debido a razones médicas?  Sí    No

**INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO:** ¿Está embarazada?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo espera dar a luz? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN**

¿Es él/ella estudiante?  Sí  No Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA EN HUELGA**

(no se requiere para asistencia médica)

¿Está él/ella en huelga?  Sí  No

**¿TIENE ÉL/ELLA INGRESOS?**

Sí  No

**¿TIENE ÉL/ELLA RECURSOS?**

**\*\*PARA AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO SOLAMENTE\*\***

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDA D BRUTA	FRECUEN- CIA DE PAGO	FUENTE DEL RECURSO	CANTIDA D BRUTA O VALOR	FRECUEN- CIA
Sueldos			Dinero en efectivo a la mano		
Comisiones			Cuenta corriente		
Subsidios por Entrenamiento			Cuenta de ahorros		
Empleo por su cuenta			Cuenta del club de Días de Fiesta		
Remuneración por Desempleo			Cuenta del club de Vacaciones		
Indemnización por Accidentes Laborales			Cooperativa de Crédito		
Beneficios de Seguro Social			Fondos de Fideicomiso		
Beneficios de Seguro Suplementario			Pólizas de Seguro de Vida		
Pensiones o Beneficios de Veteranos			Acciones		
Beneficios por Incapacidad			Bonos		
Beneficios por Enfermedad/Maternidad			Certificados de Depósito		
Beneficios de Seguro			Fondos Monetarios de Mercado		
Beneficios de Unión/Huelga			Cuenta Individual de Retiro.		
Beneficios Ferroviarios de Retiro			Fideicomiso de Entierro		
Sustento o Pensión Alimenticia para los Hijos			Fondos de Entierro		
Ingreso por Huésped/Inquilino			Predio de Tumba		
Ingreso por Alquiler			Bienes Raíces		
Ingreso por Ayuda Educativa			Propiedad que produce Ingresos		
Ingreso Militar			Vehículos Recreativos		
Ingreso por Interés o Dividendo			Botes		
Ayuda por Cuidado Adoptivo			Casa rodante (Trailer)		
Subsidios en el Trabajo			Vehículo #1		
Ingreso de Patrocinador/Cónyuge			Vehículo #2		
Otro			Vehículo #3		

**¿HA DEJADO ÉL/ELLA SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS?**  Sí  No

**¿Cuándo?** \_\_\_\_\_





**\*\*\*MIEMBRO DE LA FAMILIA POR QUIEN USTED ESTÁ SOLICITANDO \*\*\***

<b>NOMBRE:</b> (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Número de Seguro Social</b> Para asistencia médica – sólo solicitantes
--	----------------------------	--

**Relación con el Solicitante:**  Usted mismo **SEXO:**  Masculino  Femenino

**RAZA:** Usted no está obligado a llenar la información de raza/étnica que está a continuación. Sin embargo, si no marca los encasillados, el trabajador social marcará los encasillados de raza/étnica para cumplir con la ley Federal sobre derechos civiles. Si usted no quiere darnos esta información, esto no afectará su caso. Estamos autorizados a pedir esta información bajo la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Blanca  Negra o Norteamericana africana  Asiática  India norteamericana o Nativo de Alaska  
 Nativo de Hawai o de otra Isla del Pacífico  Hispana  Latina  Otro

**ESTADO CIVIL:**  
 Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo  
 Vive con pareja, no casado  No sabe

**CIUDADANÍA / ESTADO DE INMIGRANTE:** (Para asistencia médica – solamente solicitantes)  
 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  Ciudadano americano  Ciudadano americano naturalizado  Inmigrante con documentos  Inmigrante sin documentos. Si es un inmigrante con documentos, escriba su Número de Registro de Inmigrante aquí:

¿Está él/ella huyendo para evitar persecución, o custodia, o encarcelamiento después de ser convicto(a) de un crimen o por intento de cometer un crimen que es una fechoría bajo la ley de cualquier Estado? (No para asistencia médica)  Sí  No

¿Está él/ella violando una condición probatoria o de libertad bajo palabra? (No para asistencia médica)  Sí  No

¿Ha sido él/ella convicto(a) de tener, usar, o vender drogas ilegales bajo cualquier ley Federal o estatal que constituya una fechoría (No para asistencia médica)  Sí  No

**INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE PARA HIJOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD (si no están en el hogar):**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Patrono \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Patrono \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

(Si no responde, su hijo puede ser elegible todavía para asistencia médica.)

**PREGUNTAS MÉDICAS**

**GASTOS MÉDICOS NO PAGADOS:**

¿Tiene él/ella algunas facturas médicas que no hayan sido pagadas en los últimos tres meses?  Sí  No

**PREOCUPACIONES DE SALUD:**

¿No puede él/ella trabajar debido a razones médicas?  Sí  No

**INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO:** ¿Está embarazada?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo espera dar a luz? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN**

¿Es el/ella estudiante?  Sí  No      Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_      Grado Escolar: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA EN HUELGA

(no se requiere para asistencia médica)

¿Está él/ella en huelga?  Sí  No

**¿TIENE ÉL/ELLA INGRESOS?**

Sí       No

**¿TIENE ÉL/ELLA RECURSOS?**

**\*\*PARA AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO SOLAMENTE\*\***

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDA D BRUTA	FRECUEN- CIA DE PAGO	FUENTE DEL RECURSO	CANTIDA D BRUTA O VALOR	FRECUEN- CIA
Sueldos			Dinero en efectivo a la mano		
Comisiones			Cuenta chequera		
Subsidios por Entrenamiento			Cuenta de ahorros		
Empleo por su cuenta			Cuenta del club de Feriados		
Remuneración por Desempleo			Cuenta del club de Vacaciones		
Indemnización por Accidentes Laborales			Unión de Crédito		
Beneficios de Seguro Social			Fondos de Fideicomiso		
Beneficios de Seguro Suplementario			Pólizas de Seguro de Vida		
Pensiones o Beneficios de Veteranos			Acciones		
Beneficios por Incapacidad			Bonos		
Beneficios por Enfermedad/Maternidad			Certificados de Depósito		
Beneficios de Seguro			Fondos Monetarios de Mercado		
Beneficios de Unión/Huelga			Cuenta Individual de Jubilación.		
Beneficios Ferroviarios de Retiro			Fideicomiso de Entierro		
Sustento o Pensión Alimenticia para los Hijos			Fondos de Entierro		
Ingreso por Huésped/Inquilino			Planes de Entierro		
Ingreso por Alquiler			Bienes y Raíces		
Ingreso por Ayuda Educativa			Propiedad que produce Ingresos		
Ingreso Militar			Vehículos Recreativos		
Ingreso por Interés o Dividendo			Botes		
Ayuda por Cuidado Adoptivo			Casa rodante		
Subsidios en el Trabajo			Vehículo #1		
Ingreso de Patrocinador/Cónyuge			Vehículo #2		
Otro			Vehículo #3		

**¿HA DEJADO ÉL/ELLA SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS?  Sí  No**

**¿Cuándo? \_\_\_\_\_**



## INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA EN HUELGA

(no se requiere para asistencia médica)

¿Está él/ella en huelga?     Sí     No

**¿TIENE ÉL/ELLA INGRESOS?**

Sí     No

**¿TIENE ÉL/ELLA RECURSOS?**

**\*\*PARA AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO SOLAMENTE\*\***

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDA D BRUTA	FRECUEN- CIA DE PAGO	FUENTE DEL RECURSO	CANTIDA D BRUTA O VALOR	FRECUEN- CIA
Sueldos			Dinero en efectivo a la mano		
Comisiones			Cuenta chequera		
Subsidios por Entrenamiento			Cuenta de ahorros		
Empleo por su cuenta			Cuenta del club de Feriados		
Remuneración por Desempleo			Cuenta del club de Vacaciones		
Indemnización por Accidentes Laborales			Unión de Crédito		
Beneficios de Seguro Social			Fondos de Fideicomiso		
Beneficios de Seguro Suplementario			Pólizas de Seguro de Vida		
Pensiones o Beneficios de Veteranos			Acciones		
Beneficios por Incapacidad			Bonos		
Beneficios por Enfermedad/Maternidad			Certificados de Depósito		
Beneficios de Seguro			Fondos Monetarios de Mercado		
Beneficios de Unión/Huelga			Cuenta Individual de Jubilación.		
Beneficios Ferroviarios de Retiro			Fideicomiso de Entierro		
Sustento o Pensión Alimenticia para los Hijos			Fondos de Entierro		
Ingreso por Huésped/Inquilino			Planes de Entierro		
Ingreso por Alquiler			Bienes y Raíces		
Ingreso por Ayuda Educativa			Propiedad que produce Ingresos		
Ingreso Militar			Vehículos Recreativos		
Ingreso por Interés o Dividendo			Botes		
Ayuda por Cuidado Adoptivo			Casa rodante		
Subsidios en el Trabajo			Vehículo #1		
Ingreso de Patrocinador/Cónyuge			Vehículo #2		
Otro			Vehículo #3		

**¿HA DEJADO ÉL/ELLA SU TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS?**     Sí     No

**¿Cuándo?** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LLENE TODOS LOS GASTOS QUE SU FAMILIA PAGA  
\*\* CUPONES DE ALIMENTOS SOLAMENTE \*\***

<b>VIVIENDA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>CANTIDAD ACTUAL A PAGARSE</b>	<b>SERVICIOS PÚBLICOS</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>CANTIDAD ACTUAL A PAGARSE</b>
ALQUILER				ELECTRICIDAD			
ALQUILER DEL LOTE DE LA CASA RODANTE				GAS			
HIPOTECA				ACEITE COMBUSTIBLE			
SEGUNDA HIPOTECA				AGUA			
SEGURO DE PROPIEDAD				ALCANTARILLADO			
IMPUESTOS DE BIENES RAÍCES				BASURA			
ALQUILER DE HABITACIÓN				TELÉFONO (BÁSICO)			
HABITACIÓN Y COMIDAS				OTRO			

**RESPONDA CADA PREGUNTA \*\* SOLAMENTE CUPONES DE ALIMENTOS \*\***

¿Vive en Vivienda Pública cubierta por Sección 8?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Comparte costos de vivienda con alguien?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Comparte costos de servicios públicos con alguien?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Paga por recibir calefacción y/o aire acondicionado en su vivienda? (los costos de calefacción o aire acondicionado aparte de su alquiler)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Prefiere usar un Subsidio Estándar de Servicio Público en vez de los servicios públicos reales, si el estándar le da más beneficios?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿ Espera algunos cambios en los costos de su vivienda o servicios públicos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

**\*\*AVISO IMPORTANTE SOBRE LAS DEDUCCIONES\*\***

Una vez que la elegibilidad para los Cupones de Alimentos pueda ser determinada, los beneficios serán emitidos, aunque todas las deducciones que usted haya informado no hayan sido verificadas. Si las deducciones son verificadas antes del 30<sup>mo</sup> día después de la fecha de solicitud, puede que se emitan beneficios adicionales.

**GASTOS MÉDICOS \*\*CUPONES DE ALIMENTOS SOLAMENTE\*\***

Si usted o alguien de su familia es mayor de 60 años y/o recibe pagos por incapacidad, tal como Beneficios de SSI, de Incapacidad de Seguro Social, o Beneficios a Veteranos, por favor indique el nombre de la persona y la cantidad de sus gastos médicos a continuación:

<b>Nombre:</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Cantidad</b>
Hospitalización		Hospitalización		Hospitalización	
Medicamentos		Medicamentos		Medicamentos	
Chequeo de la vista		Chequeo de la vista		Chequeo de la vista	
Dental		Dental		Dental	
Seguro		Seguro		Seguro	

**GASTOS MÉDICOS (Continuación) \*\*CUPONES DE ALIMENTOS SOLAMENTE\*\***

Cuidado de Enfermera		Cuidado de Enfermera		Cuidado de Enfermera	
Materiales médicos		Materiales médicos		Materiales médicos	
Visitas del médico		Visitas del médico		Visitas del médico	
Transportación		Transportación		Transportación	
Otro		Otro		Otro	

**PREGUNTAS MÉDICAS PARA CUPONES DE ALIMENTOS Y ASISTENCIA MÉDICA**

¿Son algunos de los gastos médicos pagados por algún seguro médico?  SÍ  NO

¿Espera tener algún otro gasto médico este año?  SÍ  NO

¿Tiene alguien en su familia seguro médico?  SÍ  NO

Nombre del Encargado de la Póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

¿Quién está cubierto?: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Haga un círculo en lo que cubre : Médico Hospital Pruebas de Laboratorio Rayos X

¿Tiene usted o alguien de su familia seguro por accidente?  SÍ  NO

¿Tiene usted o alguien de su familia otro seguro?  SÍ  NO

¿Ha tenido alguien seguro médico en los últimos 6 meses? Si es así, indique el nombre : \_\_\_\_\_

Haga un círculo en lo que cubre : Médico Hospital Pruebas de Laboratorio Rayos X ¿Cuándo termino el seguro? \_\_\_\_\_ ¿Por qué termino el seguro? \_\_\_\_\_

¿Está alguien de su familia incapacitado o ha dejado de recibir SSI?. Si es así, indique el nombre(s): (asistencia médica solamente)

**GASTOS DE ATENCIÓN DE DEPENDIENTES**

¿Paga alguien en su familia para el cuidado de un niño o a un adulto incapacitado?  
 SÍ  NO Si la respuesta es Sí, indique cada nombre, cantidad facturada, y haga un círculo en la frecuencia de la factura.

Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro

**PAGOS DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS (CUPONES DE ALIMENTOS SOLAMENTE)**

¿Paga usted, o algún miembro de su familia, sustento de hijos por niños que no viven en su hogar?  SÍ  NO

¿Son los pagos ordenados por la corte?  SÍ  NO

¿Está usted ordenado por la corte a hacer pagos atrasados a un niño devuelto a su familia?  SÍ  NO

Indique el nombre, cantidad facturada, y haga un círculo en la frecuencia de la factura..

Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro
Nombre:	Cantidad facturada: \$	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Quincenal	Otro

# LEA LOS SIGUIENTES DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

## LEY DE PRIVACIDAD/NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Las Leyes Federales requieren la recolección de información en la solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). El proporcionar esta información, incluyendo el SSN, es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar esta información, incluyendo el SSN de cada miembro de la familia para quien usted está solicitando, puede resultar en la negación de beneficios a su familia o a un miembro de su familia. Usted tiene que darnos los Números de Seguro Social (SSN) de todos los miembros de la familia por quienes usted está solicitando ayuda de dinero en efectivo, cupones de alimentos y asistencia médica. [Esto no se aplica a Delaware Healthy Children Program (Programa de Niños Saludables de Delaware)]. La División de Servicios Sociales pedirá el SSN de la persona cuyos ingresos son usados para determinar elegibilidad, aunque no se requiera. Inmigrantes ilegales no tienen que dar un SSN.

Usaremos el SSN para determinar la elegibilidad inicial y continua, confirmar la identidad de los miembros de su familia, prevenir la participación duplicada, y ayudarnos a hacer cambios en grupo. También usaremos el SSN para revisar la información que nos dé con la información que tenemos en nuestros registros y con otros sistemas de comparación por computadora de agencias de gobierno Federales, Estatales y locales. Esto podría significar que necesitaremos comunicarnos con patronos, bancos, u otras partes. Esta información puede ser revelada a otras agencias Federales y Estatales para un examen oficial, y a funcionarios que hagan cumplir la ley con el propósito de detener a personas que estén huyendo para evitar la ley (no para asistencia médica). Si usted recibe beneficios a los que no tiene derecho, la información en esta solicitud, incluyendo el SSN de cada miembro de la familia, puede ser referida a las agencias Estatales/Federales, así como agencias privadas de recolección, para recolecciones de reclamaciones. Esta información será también usadas para controlar el cumplimiento con los reglamentos del programa y para la administración del programa. **Si nos diera información falsa a propósito, puede que se tome una acción legal contra usted.**

**COOPERACIÓN CON REVISIONES ESPECIALES** (Cupones de alimentos, Ayuda de Dinero en Efectivo, ayuda no médica de Cuidado del Niño.) Cooperaré completamente con todo el personal Estatal y Federal, tal como Control de Calidad y Servicios de Administración de Auditoría y Recuperación, en cualquier revisión especial de mi caso. **El no cooperar puede resultar en que se cierre su caso.**

## APELACIÓN / DERECHOS DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Entiendo que yo, o su representante, puede apelar a DSSS, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) si no estoy satisfecho con cualquiera de las decisiones hechas por la oficina local, o si creo que he sido discriminado por raza, color, nacionalidad de origen, sexo, religión, edad, incapacidad, o creencias políticas. Como parte del proceso de apelación, entiendo que tengo derecho a una audiencia imparcial y que puedo ser representado en una audiencia por un abogado o cualquier otra persona que yo escoja. Si no estoy satisfecho con la decisión de mi audiencia imparcial, entiendo que puedo pedir una revisión judicial en la Corte Superior en el Condado en el que vivo. Entiendo también que tengo que presentar una solicitud para una revisión judicial dentro de 30 días a partir de la fecha de mi decisión de audiencia imparcial.

## **DISEMINACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Toda la información y documentación reunida para determinar su elegibilidad de Ayuda de Dinero en Efectivo, Cupones de Alimentos, Cuidado Infantil y Asistencia Médica u otro programa de uso relacionado es confidencial. Cada programa proporciona medios de seguridad, restringiendo el uso y diseminación de la información sobre usted a propósitos directamente conectados con la administración del programa.

La diseminación de la información concerniente a su elegibilidad de Ayuda de Dinero en Efectivo, Cupones de Alimentos, Cuidado Infantil y Asistencia Médica a alguien que no esté autorizado para recibir la información es una violación de la ley Estatal y Federal. El que una fuente autorizada deje de asegurar la naturaleza confidencial de su información, puede resultar en una acción legal.

Mientras que los programas de Ayuda de Dinero en Efectivo, Cupones de Alimentos, Cuidado de los Niños y Asistencia Médica mantendrán su información de elegibilidad en forma confidencial, estas disposiciones no afectan su derecho a dar un consentimiento específico por escrito para diseminar la información a otras personas o fuentes.

### **Para el Programa de Cupones de Alimentos**

DSS hará disponible a los funcionarios de cumplimiento de la ley, en deber oficial, la dirección, SSN, y una fotografía (si está disponible) de un receptor de Cupones de Alimentos si el funcionario proporciona el nombre del receptor e informa a DSS que la persona está huyendo para evitar procesamiento, custodia o encarcelamiento por una fechoría, o está violando una condición de libertad bajo palabra o probatoria, o tiene información que el funcionario necesita para conducir un deber oficial relacionado a una fechoría o violación de la libertad bajo palabra.

### **Para el Programa de Ayuda de Dinero en Efectivo**

DSS hará disponible a los funcionarios de cumplimiento de la ley, en deber oficial, la dirección de un receptor de Ayuda de Dinero en Efectivo si el funcionario proporciona el nombre del receptor e informa a DSS que la persona está huyendo para evitar procesamiento, custodia o encarcelamiento por una fechoría, o está violando una condición de libertad bajo palabra o probatoria, o tiene información que el funcionario necesita para conducir un deber oficial.

## **ACUERDO SOBRE EL PAGO**

Entiendo que estoy obligado a pagar a DSS cualquier ayuda recibida (Ayuda de Dinero en Efectivo, Cupones de Alimentos, o Asistencia Médica) que sea más que la cantidad a la cual tengo derecho, o cualquier servicio médico que reciba al cual no tengo derecho. Mi obligación de hacer tal pago se aplica tanto durante mi período de elegibilidad como después que ya no reciba beneficios.

Entiendo que se hará una reducción cada mes de mis beneficios de Ayuda de Dinero en Efectivo o Cupones de Alimentos bajo procedimientos establecidos en el manual DSS, hasta que la cantidad que se debe sea pagada por completo.

Si y cuando mi caso actual sea cerrado, estaré obligado a pagar el saldo de cualquier sobrepago por completo en una de las siguientes maneras:

1. Pagos mensuales a los Servicios de Administración de Auditoría y Recuperación;

2. Programa de Referencia de Trabajo;
3. Privarse voluntariamente del salario;
4. Intercepción de los Reembolsos de Impuesto sobre la renta Estatales y/o Federales;
5. Intercepción de ganancias de lotería;
6. Retención de beneficios de Indemnización por Desempleo; o
7. Retención o reducción de Pagos Federales que incluyan lo siguiente:
  - (a) Reembolsos de Impuesto sobre la Renta;
  - (b) Pago de salario federal, incluyendo pago militar;
  - (c) Retiro federal, incluyendo pago de retiro militar;
  - (d) Pagos de contratista/vendedor;
  - (e) Pagos de beneficio federal, tal como beneficios de Seguro Social, Retiro Ferroviario, y Pulmones Negros (parte B); y
  - (f) Otros pagos federales, incluyendo ciertos préstamos a usted, que no están exentos de intervención

**Entiendo además que cualquier saldo no pagado será deducido automáticamente si yo regreso como receptor de Ayuda de Dinero en Efectivo o de Cupones de Alimentos.**

**ADVERTENCIAS SOBRE PENALIDADES (Cupones de Alimentos y Ayuda de Dinero en Efectivo)**

La información que usted nos da, será revisada para asegurar que su familia es elegible para Cupones de Alimentos y Ayuda de Dinero en Efectivo. Los funcionarios Federales, Estatales, y Locales revisarán la información que usted nos da. La información será revisada usando el Sistema Estatal de Ingreso y Verificación de Elegibilidad, otros sistemas de comparación por computadora, revisión de programas y auditorias. Alguna información puede que sea también enviada al Servicio de Inmigración y Naturalización para ver si la información que nos dio es correcta. El estado de un inmigrante ilegal no será revisado. Esto no afectará cualquier determinación de cargo público ni conducirá a procedimientos de deportación. La información que nos dio puede que también sea revisada por otros programas de Ayuda Federal y Programas Estatales con Ayuda Federal, tales como Almuerzo Escolar y Medicaid. Si alguna información que usted nos haya dado se encuentre que es incorrecta, puede que se le niegue la Ayuda de Dinero en Efectivo/Cupones de Alimentos. Si nos diera información falsa con toda intención, puede que se tome una acción legal contra usted. Puede que también tenga que pagar nuevamente la cantidad de beneficios que usted no debería haber recibido.

Cualquier miembro de su hogar que rompa cualquiera de las siguientes reglas **A PROPÓSITO** no podrá obtener Cupones de Alimentos o Ayuda de Dinero en Efectivo:

**Para Cupones de Alimentos:**

NO dé información falsa, o esconda información, para obtener o continuar recibiendo Cupones de Alimentos.

NO cambie o venda Cupones de Alimentos tarjetas de autorización o cualquier documento de autorización.

NO altere las tarjetas de autorización para obtener Cupones de Alimentos a los que no tiene derecho.

NO use los Cupones de Alimentos o tarjetas de autorización de otras personas para su hogar.

NO use los Cupones de Alimentos para comprar artículos inelegibles, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.

Cualquier miembro de su familia que viole el reglamento de los Cupones de Alimentos a propósito no podrá obtener Cupones de Alimentos por un año por la primera violación, dos años por la segunda violación, y nunca más por la tercera violación.

La Corte puede también ordenar suspender a una persona del programa por 18 meses. La persona puede también ser multada hasta por \$250,000, enviada a la cárcel hasta por 20 años, o ambas cosas. Bajo otras leyes Federales, una acción criminal o civil adicional puede ser tomada contra la persona.

Si cualquier miembro de su familia es encontrado culpable por una corte (Federal, Estatal, o local) de vender o comprar drogas ilegales con Cupones de Alimentos, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por dos años por la primera vez. La segunda vez que la persona fuese encontrada culpable de vender o comprar drogas ilegales con Cupones de Alimentos, él/ella no recibirá **NUNCA** más Cupones de Alimentos.

Si cualquier miembro de su familia es encontrado culpable por una corte de vender o comprar armas, municiones, o explosivos con Cupones de Alimentos, aunque fuese la primera vez, él/ella no recibirá **NUNCA** más Cupones de Alimentos.

Si algún miembro de su familia es encontrado culpable de representar engañosamente su identidad o lugar de residencia con el fin de obtener Cupones Múltiples de Alimentos por el mismo mes, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por un período de 10 años.

Si un miembro de su familia está huyendo para evitar procesamiento, o custodia o encarcelamiento después de ser convicto, bajo la ley de cualquier estado por un crimen, o intento de cometer un crimen, que es una fechoría, o de violar una condición probatoria o libertad bajo palabra impuesta bajo una ley Federal o Estatal, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos.

Si algún miembro de su familia es convicto de una fechoría por tener, usar, o vender drogas ilegales, la persona no recibirá **NUNCA** Cupones de Alimentos.

**Por Ayuda de Dinero en Efectivo:**

NO dé información falsa, o esconda información, para obtener o continuar recibiendo Ayuda de Dinero en Efectivo.

Cualquier miembro de su familia que rompa el reglamento de Ayuda de Dinero en Efectivo (excepto la Asistencia General) a propósito no podrá obtener Ayuda de Dinero en Efectivo por un año por la primera violación, dos años por la segunda violación, y nunca más por la tercera violación.

Todo solicitante o receptor que dé información falsa con el fin de obtener beneficios está sujeto a penalidades, incluyendo una multa de hasta \$500 y encarcelamiento hasta de 6 meses.

Si cualquier miembro de su familia es encontrado culpable de representar engañosamente su lugar de residencia con el fin de obtener beneficios múltiples en dos o más Estados por el mismo mes de programas con fondos bajo TANF, Título IX de Medicaid, la ley de Cupones de Alimentos de 1977, y el Título XVI del Programa Suplementario de Ingreso de Seguridad, la persona no podrá recibir Ayuda de Dinero en Efectivo por un período de 10 años.

Si un miembro de su familia está huyendo para evitar procesamiento, o custodia o encarcelamiento después de ser convicto, bajo la ley de cualquier estado por un crimen, o intento de cometer un crimen, que es una fechoría, o de violar una condición probatoria o libertad bajo palabra impuesta bajo una ley Federal o Estatal, la persona no podrá obtener Ayuda de Dinero en Efectivo.

Si algún miembro de su familia es convicto por una fechoría por tener, usar, o vender drogas ilegales, la persona no recibirá **NUNCA** Ayuda de Dinero en Efectivo.

### **EL NÚCLEO FAMILIAR SEGÚN EL PROGRAMA DE MEJORES OPORTUNIDADES DE LA REFORMA DEL BIENESTAR PÚBLICO DE DELAWARE (DABC, por sus siglas en inglés)**

Los niños del núcleo familiar están incluidos en el estándar de necesidad cuando se determina la elegibilidad, pero no en la norma de pagos para calcular las cantidades de beneficio. Esto significa que los niños del núcleo familiar son considerados como receptores de DABC. Esto incluye asignar los derechos a apoyo del niño al Estado y cooperar con el Contrato de Responsabilidad Mutua.

### **RENUNCIA AL TRABAJO SEGÚN DABC**

Si una persona renuncia a un trabajo sin una buena causa y deja de cumplir con los requisitos de búsqueda de trabajo, el resultado será una pérdida de todos los beneficios de dinero en efectivo. Si la persona está cumpliendo con los requisitos de búsqueda de trabajo, las siguientes penalidades se aplicarán por dos meses:

- Por la primera vez, el beneficio de dinero en efectivo será reducido por 1/3.
- Por la segunda vez, el beneficio de dinero en efectivo será reducido por 2/3.
- Por la tercera vez, pérdida permanente de todos los beneficios de dinero en efectivo.

### **TRABAJO SEGÚN DABC Y PENALIDADES DE ENTRENAMIENTO**

Cuando una persona no cumple con el trabajo y el entrenamiento, las siguientes penalidades ocurrirán:

- Por la primera vez, el beneficio de dinero en efectivo será reducido por 1/3.
- Por la segunda vez, el beneficio de dinero en efectivo será reducido por 2/3.
- Por la tercera vez, pérdida permanente de todos los beneficios de dinero en efectivo.

Después de la primera y segunda vez, la persona debe participar por dos semanas para recuperar beneficios.

### **REQUISITOS DE TRABAJO PARA CUPONES DE ALIMENTOS**

Entiendo que ninguna persona mayor de 15 y menor de 60 años que esté física y mentalmente capacitada podrá ser elegible para participar en el Programa de Cupones de Alimentos si la persona deja de cumplir con cualquier requisito de trabajo, deja voluntariamente un trabajo sin un buen motivo o reduce voluntariamente sus horas de trabajo, a menos de 30 horas por semana, sin un buen motivo.

Cuando una persona, que no sea la cabeza de familia, deja de cumplir, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos

- Por la primera vez, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por un mes o hasta que la persona cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.
- Por la segunda vez, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por tres meses o hasta que la persona cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.

- Por la tercera vez, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por seis meses o hasta que la persona cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.

Cuando una persona que es cabeza de familia, deja de cumplir, la familia entera no podrá obtener Cupones de Alimentos:

- Por la primera vez, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por un mes o hasta que la cabeza de familia cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.
- Por la segunda vez, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por tres meses o hasta que la cabeza de familia cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.
- Por la tercera vez, la persona no podrá obtener Cupones de Alimentos por seis meses o hasta que la cabeza de familia cumpla con el requisito de trabajo, lo que ocurra más tarde.

Por sanciones por requisito de trabajo, la persona o familia debe servir el período de sanción mínima y la persona o cabeza de familia debe cumplir (con la excepción de retiro voluntario) antes de recibir los Cupones de Alimentos otra vez.

Los períodos de sanción mínima deben ser servidos aun cuando una persona o cabeza de familia cumpla antes del final del período de sanción.

Por sanciones de retiro voluntario, la persona o cabeza de familia puede recibir Cupones de Alimentos otra vez después que se sirvan los períodos de sanción mínima.

## **REQUISITOS DE TRABAJO PARA ADULTOS CON CAPACIDAD FÍSICA SIN DEPENDIENTES**

Entiendo que las personas entre 18 y 50 años de edad son inelegibles para recibir Cupones de Alimentos si recibieron Cupones de Alimentos por lo menos tres meses en un período de 36 meses cuando no trabajaron un promedio mensual de por lo menos 20 horas por semana, participaron en un programa de trabajo por lo menos 20 horas por semana, participaron y cumplieron en un programa suplementario de trabajo; o participaron en un programa de trabajo, a menos que la persona esté exenta de los requisitos de trabajo.

## **INFORMANDO CAMBIOS**

### **Para Cupones de Alimentos:**

Estoy de acuerdo en informar los cambios en las circunstancias de mi hogar dentro de 10 días a partir de la fecha en que el cambio llegue a ser **SABIDO** en la familia. El no informar o verificar cualquiera de los gastos siguientes será visto como una declaración por su familia de que no quiere recibir una deducción por los gastos no informados:

- Gastos de vivienda (alquiler/hipoteca/lote);
- Seguro de vivienda;
- Impuestos de bienes raíces;
- Gastos de servicios públicos (gas/electricidad/aceite combustible);
  
- Gastos de agua y alcantarillado;
- Gastos de basura;
- Gastos de teléfonos;
- Gastos médicos;

- Gastos de atención de dependientes;
- Gastos de manutención pagados a hijos que no viven en su hogar.

**Para Ayuda de Dinero en Efectivo:**

Estoy de acuerdo en informar **IMMEDIATAMENTE** a la oficina local de DDS sobre cualquier cambio de las circunstancias que puedan afectar mi elegibilidad continua para ayuda o la cantidad de ayuda que tengo derecho a recibir.

**CUIDADO INFANTIL/GUARDERIA**

Entiendo que puedo ser elegible para cuidado infantil hasta por 24 meses si mi caso de Ayuda de Dinero en Efectivo (excepto por Asistencia General) es cerrado debido al aumento en ingresos u horas y/o dificultades en ingresos ganados debido a limitaciones de tiempo.

Entiendo que tendré que comunicarme con DSS para una determinación. Si usted es un padre o madre con un niño menor de seis años de edad, y usted no puede encontrar cuidado infantil, DSS no lo sancionará por no participar en el trabajo u otras actividades para encontrar trabajo. Con el fin de reclamar que usted no puede encontrar el cuidado infantil que necesita, usted tendrá que avisar a su trabajador social dentro de diez días del tiempo en que no pudo encontrar cuidado de niños, o dentro de diez días del tiempo en que DDS le dijo que debía participar en el trabajo.

También debe mostrar lo siguiente:

- que el cuidado infantil adecuado no estaba disponible dentro de una distancia razonable de una hora desde su casa o desde su centro de trabajo; o
- que no pudo hacer arreglos con un familiar, para que le cuidara a sus hijos; o conseguir que alguien viniera a su casa para proveer el servicio; o
- que no pudo encontrar cuidado adecuado y al alcance de su bolsillo.

Si no pudo encontrar cuidado infantil debido a uno de los motivos anteriores, debe decírselo a su trabajador social. Su trabajador revisará este asunto con usted. **DEBE PODER DEMOSTRAR QUE USTED TIENE UN PROBLEMA** (por ejemplo, que fue a cinco o más proveedores que cuidan a niños y que ningún proveedor tenía una vacante para su hijo). DSS le dirá si estamos o no estamos de acuerdo en que el cuidado infantil es un problema. En algunos casos, DSS puede recomendarlo a otra fuente para que se le ayude a encontrar el cuidado que necesita. Durante este tiempo, DSS no puede sancionarlo por participar en el trabajo u otras actividades. Esto no extenderá su límite de tiempo para recibir beneficios.

Como un participante en el Programa de Compra de Servicios para Cuidado Infantil de DSS, entiendo lo siguiente:

1. Que pueda que se me requiera que pague una porción del costo de cuidado infantil de mi hijo. La tarifa se basa en mis ingresos y tamaño de mi familia. (Su trabajador social le avisará sobre la tarifa, o si tiene que pagar una tarifa).

2. Que si mi hijo está ausente, DSS pagará a mi proveedor de cuidado infantil entre 1 a 5 días de ausencia.
3. Que debo informar dentro de diez días sobre los cambios que afectan ya sea mi necesidad por cuidado infantil subsidiado o ingreso. Debo informar los cambios que afectan a mi persona, mi cónyuge, el otro padre o madre de mi hijo(s), viviendo en la misma casa, o hijo(s) si es aplicable. Algunos de los cambios que debo informar son:

Conseguir un trabajo, perder un trabajo, cambiar de trabajo, tomar un segundo trabajo, no trabajar más en un segundo trabajo, recibir manutención para los hijos, recibir beneficios de veterano y otras situaciones más, recibir un aumento o disminución en sueldos de \$75 ó más al mes, recibir un aumento o disminución en asistencia pública o seguro social o manutención de hijos o beneficios de veterano y otras cosas más de \$75 ó más al mes, inscribirme en una clase de educación o de entrenamiento, entrenamiento terminado, que no tengo necesidades especiales de cuidado infantil, cambios en el estado civil, tamaño de la familia y domicilio.

4. Como participante en el Programa de Cuidado Infantil subsidiado por DSS, entiendo:
  - Que la información que doy para calificar a cuidado infantil estará sujeta a ser verificada por funcionarios federales, estatales y locales. Si se encuentra que la información es inexacta, puedo estar sujeto a procesamiento criminal por proporcionar falsa información deliberadamente.
  - Que si ni tengo documentos para verificar la información necesitada, estoy de acuerdo en dar el nombre de una persona u organización que DSS pueda contactar para obtener verificación, y que autorizo al personal de DHSS que verifique cualquier declaración que yo haga con respecto a mi solicitud para cuidado infantil.
  - Que si planeo cambiar mi proveedor de cuidado infantil dentro del período de autorización indicado avisaré a mi trabajador social por lo menos cinco días antes de cambiar a mi hijo, de tal forma que una autorización nueva pueda ser procesada.
  - Que avisaré a mi proveedor actual de mi intención de cambiar a mi hijo, por lo menos cinco días antes de cambiar a mi hijo(s).
  - Que puedo ser responsable por el pago a mi proveedor de cuidado infantil a la tarifa del proveedor particular si dejo de volver a ser elegible para el servicio.
  - Que mi proveedor me puede cobrar una tarifa por retraso al recoger a mi hijo, una tarifa por pago retrasado, y por costos de viajes de campo. Que no soy responsable por cualquier otro gasto del proveedor que no esté incluido en el Contrato o Certificado de Cuidado Infantil
  - Tendré que reembolsar a DSS por el pago hecho por mi hijo(s) si continúo usando cuidado infantil cuando no fuese elegible para recibir el servicio.
  - Que puedo experimentar una interrupción en mi servicio de cuidado infantil si dejo de responder a las averiguaciones de Control de Calidad de Asistencia de DSS.
5. Que en consideración por el pago hecho por DSS, por el presente documento libero a DSS de cualquier reclamación o causa de acción y estoy de acuerdo en que no haré a DSS responsable de cualquier lesión, enfermedad o contagio a mi hijo(s) que pueda ocurrir durante el curso del servicio.

## **PROGRAMAS DE ASISTENCIA MÉDICA**

He leído o se me han leído todas las declaraciones de este formulario, y la información que doy es verdadera y completa en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que puedo ser penalizado si doy información falsa deliberadamente. Entiendo que toda la información que doy es confidencial, y que las leyes federales y estatales limitan la diseminación de información sobre mí.

Entiendo y estoy de acuerdo en dar prueba de mis declaraciones. Entiendo y estoy de acuerdo en que DHSS puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad.

Debo dar el Número de Seguro Social de cada persona que solicita asistencia médica (excepto por el Programa de Niños Saludables de Delaware) y será usado para revisar los registros con otras agencias de gobierno. DSS también me pide que dé el Número de Seguro Social de cualquiera cuyo ingreso sea usado para determinar mi elegibilidad. Los inmigrantes ilegales no requieren dar un Número de Seguro Social.

Entiendo que esta solicitud será considerada sin importar la raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad de origen, o creencia política.

Entiendo que debo solicitar y aceptar otros beneficios a los que puedo ser elegible para obtener tal Indemnización por Desempleo o Seguro Social.

Permitiré a DHSS, o a sus representantes, a que actúen como mi agente en recuperar el dinero gastado por los programas de asistencia médica cuando otro dinero de seguro, etc. llegue a estar disponible para pagar mis facturas médicas.

Puede que tenga que pagar a DSS por cualquier asistencia médica recibida a la cual no tengo derecho. Mi obligación de pagar por tal asistencia se aplica tanto durante mi período de elegibilidad como después que ya no reciba más asistencia médica.

Como se requiere por ley como condiciones de elegibilidad, asigno todos los derechos al apoyo médico y al pago por atención médica de una tercera parte a DSS, y entiendo que debo cooperar con la División que Hace Cumplir la Manutención del Niño (DCSE, por sus siglas en inglés) en establecer paternidad y obtener apoyo médico para cualquier niño que reciba asistencia médica. Si no coopero con DCSE, mi hijo(s) puede que todavía sea elegible.

Entiendo que las mujeres embarazadas no están obligadas a cooperar en establecer la paternidad y obtener apoyo médico, y que puedo reclamar tener una causa buena para rehusar cooperar en establecer la paternidad o en identificar y proporcionar información sobre terceras partes responsables.

Entiendo que como receptor de asistencia médica, recibiré automáticamente servicios completos de DCSE en apoyo de los niños, a menos que indique que quiero recibir exclusivamente servicios de apoyo infantil relacionados con apoyo médico.

Entiendo que si soy un solicitante o receptor de asistencia médica, tengo el derecho a una audiencia imparcial si no estoy satisfecho con cualquier decisión hecha sobre mi elegibilidad. Entiendo que puedo ser representado por un abogado o cualquier otra persona que yo escoja.

Estoy de acuerdo en permitir a DHSS, directamente o a través de sus agentes o de Diamond State Health Plan (Plan Médico de Diamond State) o de Delaware Healthy Children Program (Programa de Niños Saludables de Delaware) tener acceso a todos los registros médicos y de servicios de salud basados en la escuela y servicios relacionados de todos los miembros de mi familia que sean elegibles para Asistencia Médica con el fin de administrar el programa de asistencia médica, coordinar atención, determinar necesidad médica, y evaluar o pagar por servicios médicos pendientes o incurridos.

Declaro, bajo pena de perjurio, que soy un ciudadano estadounidense o inmigrante con estado legal de inmigración. Tengo que ofrecer prueba del estado legal de inmigración y éste será revisado con el Servicio de Inmigración y Naturalización. El estado ilegal de un inmigrante no será revisado. Esto no afectará cualquier determinación de cargo público ni conducirá a medidas de deportación. Los inmigrantes ilegales pueden ser elegibles para servicios de emergencia y parto y alumbramiento solamente.

Estoy de acuerdo en informar dentro de 10 días de los cambios en mi situación que podrían afectar mi elegibilidad, tal como un cambio en cuántas personas viven conmigo, un trabajo nuevo o cambio en ingresos, o si me mudo.

Esta solicitud debe ser firmada por un miembro adulto de la familia (mayor de 18 años) o por un menor emancipado (menor de 18 años de edad).

### **REQUERIMIENTOS PARA LA TARJETA DE REGISTRO COMO INMIGRANTE**

Cada solicitante que no sea ciudadano estadounidense necesitará mostrar a la oficina de Cupones de Alimentos / Ayuda de Dinero en Efectivo cualquier documento de la Oficina de Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, por sus siglas en inglés) u otros documentos que DSS determine que sean prueba de su estado como inmigrante. El estado de inmigrante puede estar sujeto a la verificación con INS, que puede requerir la presentación de cierta información de este formulario de solicitud al INS. La información recibida de INS puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios de su familia.

### **DESIGNACIÓN DE LA CABEZA DE FAMILIA (Para Cupones de Alimentos solamente)**

Las familias con un padre adulto o madre adulta de los niños, o un adulto que tenga control como padre o madre sobre los niños, tiene la opción de designar su cabeza de familia. Por favor lea lo siguiente:

- Entiendo que la persona seleccionada debe ser padre o madre de un niño, sin importar la edad, o que tenga control de padre o madre sobre los niños menores de 18 años de edad.
- Entiendo que todos los miembros adultos de la familia deben estar de acuerdo con la designación.
- Entiendo que el no designar o estar de acuerdo en una cabeza de familia no demorará mi certificación o no hará que se nieguen mis beneficios.

- Entiendo que DSS designará a una cabeza de familia si yo no lo escojo, o si los adultos no están de acuerdo con la designación.
- Entiendo que puedo escoger la cabeza de familia designada en cada certificación y cada vez que la composición familiar cambie.
- Entiendo que si DSS debe designar una cabeza de familia, la persona designada será la que gane el sueldo mayor.
- Entiendo que la familia completa puede ser sancionada y puede perder sus beneficios si la cabeza de familia no cumple con el Programa de Empleo y Entrenamiento o deja las disposiciones voluntariamente.
- Entiendo que si otro miembro familiar, no la cabeza de familia, no cumple con el Programa de Empleo y Entrenamiento o deja las disposiciones voluntariamente, solamente esa persona será sancionada y será inelegible para los beneficios.

### **CERTIFICACIÓN DE LA SELECCIÓN DE CABEZA DE FAMILIA**

He leído y se me han explicado las disposiciones sobre la selección de una cabeza de familia. He seleccionado a la persona siguiente para ser la cabeza de familia y certifico que todos los miembros adultos en mi familia están de acuerdo con esta selección.

---

(Persona Designada como la Cabeza Familiar )

### **DECLARACIÓN SOBRE LA NO DISCRIMINACIÓN**

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades basada en raza, color, nacionalidad de origen, sexo, religión, edad, incapacidad, o creencias políticas. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas). Las personas con incapacidades que requieran medios alternos para la comunicación de la información del programa (Braille, con letra de imprenta grande, cinta de audición, etc.) debe comunicarse con el centro de OBJETIVO DE USDA llamando al (202) 720-2600 )voz y TDD).

Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 ó llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y patrono que ofrece oportunidades de igualdad en el empleo.

### **AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR INFORMACIÓN DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO**

Usted está autorizada a recibir información de prevención de embarazo. Si desea recibir esta información puede llamar a Planned Parenthood (Paternidad Planificada) al 1-800-230-PLAN (7526). Si desea obtener información de prevención de embarazo para adolescentes, puede también llamar a Alliance for Adolescent Pregnancy Prevention (Alianza para la Prevención de Embarazo de Adolescentes) al 1-800-499-WAIT (9248). También puede llamar a Delaware Helpline (Línea Informativa de Delaware) al 1-800-464-4357 para la clínica de Planificación Familiar de Salud Pública de su área.

