Revisión de elegibilidad

Eligibility Review

Si necesita ayuda para leer o contestar este formulario, avísenos.
Conserve esta página para sus registros.

¿Cómo puedo solicitar asistencia en efectivo o alimenticia?

- Puede **iniciar** el proceso ahora, entregando esta revisión en la oficina de servicios comunitarios. Debe tener su nombre, su dirección y su firma o la firma de su representante autorizado. Puede presentar su revisión ahora, incluso si solo contiene esas tres cosas.
- Puede obtener más beneficios, u obtenerlos más pronto, si contesta las preguntas del formulario, firma la página siete y nos entrega su revisión y la información adicional que le pidamos lo antes posible.
- Puede llevar su revisión a una oficina local o enviarla por fax al 1-888-338-7410. Vea las direcciones en www.dshs.wa.gov.
- Envíe su revisión por correo a la siguiente dirección:

  DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

  DSHS
Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 45826
Olympia, WA 98504-5826
- Puede rellenar esta revisión en línea en www.washingtonconnection.org
- **Este formulario de Revisión de Elegibilidad solo puede usarse para renovar la cobertura de los programas de Washington Apple Health listados en este formulario. Si desea otra cobertura de servicios de salud, debe solicitarla en línea en www.wahealthplanfinder.org, llamando al teléfono 1-855-923-4633 o usando la solicitud de cobertura de servicios de salud de la HCA (HCA 18-001).**

¿Qué tan pronto puedo recibir ayuda con alimentos y efectivo?

- Si necesita asistencia alimenticia de inmediato, conteste desde la pregunta 1 hasta la 14 y entregue el presente formulario a su oficina local. Decidiremos si es elegible para recibir asistencia alimenticia *en un plazo de 7 días* si presenta un comprobante de identidad *y* cumple las reglas de elegibilidad.
- Entregaremos los beneficios el día siguiente a que decidamos que es elegible.
- Generalmente, la asistencia alimenticia comienza el día que recibimos su solicitud.
- La asistencia en efectivo generalmente comienza el día que tenemos toda la información necesaria para decidir que es elegible.
- Debemos decidir si es elegible para recibir asistencia alimenticia en un plazo de 30 días de la fecha en la que presentó su solicitud.
- Si presenta su solicitud desde una institución, la fecha de inicio es la fecha de su liberación o alta.

Si solicita asistencia alimenticia y otros programas

Debemos seguir las reglas de SNAP para procesar su solicitud. Estas incluyen procesar la solicitud dentro de los plazos establecidos, emitir las notificaciones apropiadas e informarle sus derechos administrativos. No podemos denegarle asistencia alimenticia solamente porque su solicitud de otros programas de asistencia fue denegada.

Derechos civiles y no discriminación

De acuerdo con las leyes federales sobre derechos civiles y las reglamentaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), el USDA y sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participen en programas del USDA o que los administren tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de programas de asistencia pública, convicciones políticas, ni como represalia por actividades previas relacionadas con derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las condiciones se aplican a todos los programas). Los remedios y los plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (como Braille, letra grande, cintas de audio, lengua de señas americana, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones en el teléfono 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja por discriminación en contra del programa, llene el formulario de queja por discriminación en programas del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en la sección "Cómo presentar una queja por discriminación contra un programa" y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario contestado o su carta al USDA usando uno de los siguientes medios:

1. **Correo postal**: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
2. **Correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que cumple con los principios de igualdad de oportunidades.

Situación migratoria y números del Seguro Social

Puede recibir asistencia para algunas personas que viven con usted incluso si otras personas que viven con usted no pueden recibirla debido a su situación migratoria. Debe informarnos sobre la situación migratoria de cualquier persona que solicita asistencia. La situación migratoria de los miembros del hogar puede verificarse con el USCIS (antes conocido como INS). La información recibida del USCIS puede afectar la elegibilidad y el monto de los beneficios. Tenemos cobertura de servicios de salud que puede cubrir a algunos extranjeros.

De acuerdo con las leyes federales (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), debe proporcionarnos los números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de todas las personas que vivan con usted y que soliciten Washington Apple Health, TANF o asistencia alimenticia. También necesitamos los números de seguro social de los padres y cónyuges que viven con usted pero que no han presentado ninguna solicitud. Tenemos una cobertura de servicios de salud para ciertas personas que no tienen SSN.

Ciudadanía e identidad para Washington Apple Health

Los ciudadanos estadounidenses deben de probar su ciudadanía e identidad para recibir Washington Apple Health. Podemos ayudarle a obtener los comprobantes. Si necesitamos un documento que cuesta dinero, enviaremos por él y pagaremos el costo. No necesitamos ninguna prueba de alguna persona de su familia que recibe Medicare, Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) en base a su propia discapacidad o Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés).

Pago al estado por cuidados a largo plazo y atención médica

De acuerdo con la Ley de Recuperación de Patrimonio del Estado de Washington (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), su patrimonio podría tener que devolver los costos pagados por el estado por ciertos tipos de servicios y apoyos médicos y a largo plazo que usted recibió después de cumplir los 55 años de edad. Si recibió servicios financiados exclusivamente por el estado, no hay límite de edad. La recuperación de patrimonio comienza después de su muerte; el pago se vence después de la muerte de su cónyuge sobreviviente o cuando sus hijos cumplan 21 años de edad, excepto si el hijo estaba ciego o discapacitado cuando usted murió. El estado puede aplicar un gravamen a sus bienes inmuebles antes de su muerte, a cualquier edad, si vive en una casa de reposo y es poco probable que usted regrese a su hogar. El estado puede cobrar el gravamen si usted vende o transfiere el inmueble, o después de su muerte. Si regresa a su hogar, el estado cancela el gravamen. Para obtener más información, incluida una lista de los servicios sujetos a recuperación de patrimonio, consulte el capítulo 182-527 del WAC.

Su privacidad y su asistencia alimenticia y en efectivo

La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 nos permite recopilar la información que pedimos en la solicitud. Proporcionar la información solicitada es un acto voluntario, pero en caso de que no proporcione información sin una causa justificada podrían denegarse sus beneficios de Alimentos Básicos. Verificamos parte de la información con programas de informáticos de cruce de información, que incluyen al Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos federal (IEVS, por sus siglas en inglés).

Utilizamos esta información para:	Podemos proporcionar esta información a:
• Decidir quiénes son elegibles para nuestros programas. • Cobrar sobrepagos de asistencia alimenticia. • Administrar nuestros programas. • Asegurarnos de cumplir la ley.	• Agencias estatales y federales para usos oficiales. • Agencias judiciales dedicadas a buscar personas que huyen para evadir la ley. • Agencias privadas de cobranzas para cobrar pagos excesivos de asistencia alimenticia.

La información reportada al Departamento de Servicios Sociales y de Salud puede afectar la elegibilidad para la cobertura de servicios de salud administrada por la Autoridad de Servicios de Salud y el Mercado de Beneficios de Salud.

Advertencia de Sanción de Asistencia Alimenticia

Confirmamos con otras agencias que su información sea correcta. En caso que la información sea incorrecta, es probable que las personas que solicitaron la Asistencia Alimenticia no la obtengan.

Cualquier persona que infrinja las reglas deliberadamente puede:

- Estar sujeta a un proceso penal bajo otras leyes federales y estatales aplicables.
- Ser excluida del programa SNAP por un período no menor a un año, y hasta de manera permanente.
- Tener que pagar una multa de hasta $250,000.
- Ser condenada a una pena de hasta 20 años de prisión.
- Ser excluida de SNAP durante 18 meses adicionales, si lo ordena el tribunal.

Si un tribunal lo declara culpable de:

Recibir beneficios en una transacción que involucre:	Usted puede ser:
• La venta de una sustancia controlada	Descalificado por lo menos dos años y hasta de manera permanente.
• La venta de armas de fuego, municiones o explosivos	Descalificado de manera permanente.
• El tráfico de beneficios combinados por más de $500	Descalificado de manera permanente.
• Fraude en su identidad o residencia	Descalificado hasta por 10 años.

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Revisión de elegibilidad
Eligibility Review
Si es necesario, pida ayuda para rellenar este formulario.

Solamente para beneficios alimenticios, si no puede rellenar este formulario hoy, inicie el proceso con su **nombre, dirección y firma. Es necesario que se firme la página 7 para concluir su formulario de revisión de elegibilidad.** Podríamos necesitar información adicional y realizar una entrevista para concluir la revisión de su caso.

1. NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (SI SE CONOCE)
3. DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE VIVE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		4. NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL ☐ CELULAR ☐ CASA ☐ MENSAJE
5. DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		6. NÚMEROS DE TELÉFONO SECUNDARIOS ☐ CELULAR ☐ CASA ☐ MENSAJE
		7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

8. Solicito lo siguiente (marque todas las opciones que correspondan):
   - ☐ Efectivo
   - ☐ Alimentos
   - ☐ Programa de Ahorros de Medicare
   - ☐ Vida asistida / Hogar familiar para adultos
   - ☐ Servicios de cuidado a largo plazo en el hogar
   - ☐ Casa de reposo
   - ☐ Atención terminal
   - ☐ Servicios de salud / Trabajadores con discapacidades (HWD)
   - ☐ Cobertura de servicios de salud para adultos mayores o personas ciegas o con discapacidades
   - ☐ Apoyos a la Medida para Adultos Mayores

9. Yo o un miembro de mi hogar (marque todas las opciones que correspondan):
   - ☐ Está en una situación de violencia doméstica
   - ☐ Tiene una discapacidad ☐ No puede trabajar debido a problemas de salud
   - ☐ Está embarazada, nombre: _____ fecha esperada de parto: _____

10. ¿Cuánto dinero espera recibir su hogar este mes? $_____
11. ¿Cuánto dinero tienen los miembros de su hogar en efectivo y en cuentas bancarias? $_____
12. ¿Cuánto paga su hogar por alquiler o hipoteca? $_____
13. ¿Qué servicios públicos paga su familia? ☐ Calefacción/Aire acondicionado ☐ Teléfono ☐ Otro: _____
14. ¿Algún miembro de su hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional? ☐ Sí ☐ No
15. Si solicita asistencia alimenticia, ¿para cuántas personas de su hogar compra y prepara alimentos? _____

FOR OFFICE USE ONLY (Para uso exclusivo de la oficina) – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: __ Date: __

16. ☐ Necesito un intérprete. Hablo: _____ o ☐ uso lengua de señas; traduzcan mis cartas al: _____

17. Escriba la información de todos los miembros de su familia, incluso si no ha presentado solicitudes para ellos (adjunte hojas adicionales, si es necesario)

NOMBRE (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	GÉNERO	¿QUÉ PARENTESCO TIENE ESTA PERSONA CON USTED?	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE SI DESEA BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA	OPCIONAL PARA NO SOLICITANTES			
					NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MARQUE SI ES CIUDADANO DE LOS EE.UU.	RAZA (VEA EJEMPLOS A CONTINUACIÓN)	NOMBRE DE TRIBU (para indígenas americanos, nativos de Alaska)
		Yo		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

Barcode label

14078

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

18. Mi origen étnico es hispano o latino: ☐ Sí ☐ No

La información sobre el origen étnico y la raza es voluntaria y no afecta a la elegibilidad ni al monto de los beneficios. Esta información se utiliza para garantizar que los beneficios de los programas se distribuyan sin tomar en cuenta la raza, el color o el país de origen. Para Asistencia Alimenticia, la USDA requiere que respondamos por usted en caso que no proporcione la información respectiva. Marcaremos "no informó" si no contesta. **Ejemplos de razas:** Blanco, Negro o Afroamericano, Asiático, Nativo de Hawaii, Isleño del Pacífico, Indígena americano, Nativo de Alaska, o cualquier combinación de razas.

I. Información general

1. En los últimos 30 días, recibí asistencia alimenticia o en efectivo de otro estado, tribu u otra fuente. ☐ Sí ☐ No
2. Alguien incluido en la solicitud vive fuera del estado de Washington: ☐ Sí ☐ No Quién: _____
3. Yo o un miembro de mi hogar es un extranjero patrocinado: ☐ Sí ☐ No Quién: _____
4. Yo o alguien de mi hogar que tiene 16 años o más está en (marque todas las opciones que correspondan):
   ☐ Escuela secundaria ☐ Un programa de equivalencia de educación secundaria ☐ Universidad
   ☐ Escuela técnica Quién: _____
5. Algún miembro vive temporalmente fuera del hogar. ☐ Sí ☐ No Quién: _____
6. Yo o alguna persona de mi hogar ha servido en las Fuerzas Armadas, Guardia Nacional o Reservas de Estados Unidos o ha sido dependiente o cónyuge de alguien que haya servido: ☐ Sí ☐ No Si contestó que sí, ¿quién?
   _____
7. Yo o alguna persona incluida en la solicitud ha huido de la ley para evitar un juicio o la cárcel por un delito grave: ☐ Sí ☐ No
8. Vivo en: ☐ Mi propia casa o departamento ☐ Hogar grupal ☐ Otro: _____
   ☐ Institución (indique el tipo): _____ Fecha de ingreso: _____
9. Soy: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)
   ☐ Parte de una sociedad doméstica registrada
10. Yo o un miembro de mi hogar fue condenado por intercambiar asistencia alimenticia por drogas después del 22 de septiembre de 1996: ☐ Sí ☐ No
11. Yo o un miembro de mi hogar fue condenado por comprar o vender asistencia alimenticia por más de $500 después del 22 de septiembre de 1996: ☐ Sí ☐ No
12. Yo o un miembro de mi hogar fue condenado por intercambiar asistencia alimenticia por armas de fuego, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996: ☐ Sí ☐ No
13. Yo o un miembro de mi hogar fue condenado por obtener asistencia alimenticia en más de un estado después del 22 de septiembre de 1996: ☐ Sí ☐ No
14. Yo o un miembro de mi hogar: a. Está en huelga: ☐ Sí ☐ No b. Un huésped: ☐ Sí ☐ No
15. Yo o un miembro de mi hogar ha ganado $4,750 o más en la lotería o apuestas: ☐ Sí ☐ No
    Si contestó que sí, ¿quién? _____ Fecha en que se recibió: _____
    Monto (monto en dólares antes de impuestos): _____

II. Información del seguro médico (no es necesaria para Alimentos Básicos)

Yo, mi cónyuge o alguien de mi familia:

1. Tiene planes para ingresar, está o ha salido recientemente de un centro médico (tales como un hospital o una casa de reposo) ..... ☐ Sí ☐ No
2. Necesita ayuda con las facturas médicas sin pagar por cualquiera de los últimos dos meses..... ☐ Sí ☐ No
3. Tiene seguro médico: ☐ Sí ☐ No (marque todas las opciones que correspondan):
   ☐ Medicare (no Washington Apple Health) ☐ Tricare ☐ Seguro de cuidado a largo plazo
   ☐ Servicios de Salud Indígenas ☐ Otro seguro médico:

III. Recursos (adjunte comprobantes; no son necesarios para HWD, o Alimentos Básicos)

Un recurso es cualquier cosa que posee o compra, que pueda ser vendido, comercializado o convertido en efectivo o dinero por otros. Un recurso no incluye propiedad personal tales como: mobiliario o vestimenta. Ejemplos de recursos son:

- Dinero en efectivo
- Cuentas corrientes
- Cuentas de ahorros
- Fondos universitarios
- Fideicomisos
- IRA / 401k
- Hogares, terrenos o edificios
- CD
- Cuentas de mercado financiero
- Bonos
- Fondo de jubilación
- Fondos funerarios, planes prepago
- Equipo de negocios
- Ganado
- Seguro de vida

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

III. Recursos (adjunte comprobantes; no son necesarios para HWD, o Alimentos Básicos)

1. Por favor enumere los recursos que usted, su cónyuge o cualquier persona por la que está presentando una solicitud posee o compra:

RECURSOS	A QUIÉN PERTENECE	LUGAR	VALOR
			$
			$
			$
			$
			$

2. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud posee autos, camiones, furgonetas, botes, vehículos de recreación (RV), remolques u otros vehículos motorizados:

AÑO (Por ejemplo, 1980)	MARCA (Ej., FORD)	MODELO (Ej., ESCORT)	MARQUE SI ES ALQUILADO	MARQUE SI EL VEHÍCULO ES UTILIZADO PARA PROPÓSITOS MÉDICOS	MONTO ADEUDADO
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha vendido, comercializado, donado o transferido un recurso en los últimos cinco años (incluye fideicomisos, vehículos o patrimonios): ☐ Sí ☐ No
Si contestó que sí, ¿qué? _____ ¿cuándo? _____

IV. Anualidades (inversiones realizadas por cualquier miembro del hogar para recibir pagos regulares en la actualidad o en un futuro).

¿A QUIÉN PERTENECE LA ANUALIDAD?	¿COMPAÑÍA O INSTITUCIÓN?	MONTO O VALOR	INGRESO MENSUAL	FECHA DE ADQUISICIÓN
		$	$	
		$	$	
		$	$	

Si usted o su cónyuge tienen interés en una anualidad y acepta el Cuidado a Largo Plazo de Washington Apple Health, SSI relacionado o cobertura CN, usted debe nombrar al Estado de Washington como su beneficiario remanente de la anualidad.

V. Ingresos ganados (adjunte comprobantes)

1. Yo, mi cónyuge o alguna persona para la cual estoy presentando una solicitud tuvo un trabajo que terminó en los últimos 30 días: ☐ Sí ☐ No
2. Yo, mi cónyuge o alguna persona para la cual estoy presentando una solicitud tiene ingresos provenientes de un trabajo: ☐ Sí ☐ No
Si contestó que sí, conteste esta sección:

¿QUIÉN GANA ESTE INGRESO? _____ NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR _____ FECHA DE INICIO _____ ¿El trabajo es un empleo independiente? ☐ Sí ☐ No Monto del gasto mensual por empleo independiente: $_____	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE DEDUCCIONES) $_____por: ☐ Hora ☐ Semana ☐ Dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mes Horas por semana: _____ Fechas de pago (por ejemplo, días 1 y 15, o todos los viernes):
¿QUIÉN GANA ESTE INGRESO? _____ NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR _____ FECHA DE INICIO _____ ¿El trabajo es un empleo independiente? ☐ Sí ☐ No Monto del gasto mensual por empleo independiente: $_____	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE DEDUCCIONES) $_____por: ☐ Hora ☐ Semana ☐ Dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mes Horas por semana: _____ Fechas de pago (por ejemplo, días 1 y 15, o todos los viernes):

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

VI. Otros ingresos (adjunte comprobantes; informe sobre todos los miembros del hogar)

- Beneficios por desempleo
- Ingresos del Seguro Social
- Ingresos tribales
- Ingreso de juegos
- Beneficios educativos (préstamos estudiantiles, subsidios, trabajo de prácticas)
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)
- Manutención a menores o cónyuges
- Beneficios ferroviarios
- Ingresos por alquileres
- Retiro o pensión
- Beneficios militares o Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)
- Labor e Industrias (L&I)
- Fideicomisos
- Intereses / Dividendos

TIPO DE INGRESO NO GANADO	¿QUIÉN OBTIENE ESTE INGRESO?	MONTO MENSUAL BRUTO
		$
		$
		$
		$

VII. Gastos mensuales

ALQUILER	HIPOTECA	ALQUILER DE ESPACIO	SEGURO DE PROPIETARIO	IMPUESTOS SOBRE INMUEBLES	OTRAS TARIFAS
$	$	$	$	$	$

¿Qué servicios básicos paga su hogar por separado del alquiler o la hipoteca?
☐ Calefacción (eléctrica/gas) ☐ Electricidad (no calefacción) ☐ Agua ☐ Teléfono fijo/celular ☐ Alcantarillado ☐ Basura

Otra persona o agencia, como vivienda subsidiada, me ayuda a pagar la totalidad o una parte de estos gastos:
☐ Sí ☐ No Si contestó que sí, ¿quién? _____ Qué gasto: _____ Importe que pagan: $ _____

☐ Recibí un pago de la Ley de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAA) en los últimos 12 meses.

Yo, mi cónyuge, o alguien en mi familia paga o debe pagar (marque todo lo que corresponda):

☐ Cuidado de niños o adultos dependientes (incluyendo costos de transporte)	Importe mensual: $	Quién lo paga:
☐ Facturas médicas para personas con discapacidades o de 60 años de edad o más (incluye costos de transporte y primas de seguro médico)	Importe mensual: $	Quién lo paga:
☐ Manutención de menores (adjunte comprobantes)	Importe mensual: $	Quién lo paga:

En caso que no informe acerca de alguno de los gastos mencionados anteriormente, consideraremos esto como una declaración por parte de su familia que no desea recibir una deducción por este gasto.

VIII. Representante autorizado

Un representante autorizado es alguien a quien usted autoriza para hablar con DSHS acerca de sus beneficios. Puede nombrar a alguien, pero no está obligado a hacerlo. ¿Tiene un representante autorizado? ☐ Sí ☐ No
¿Esta persona es su tutor legal? ☐ Sí ☐ No
¿Esta persona tiene un poder notarial? ☐ Sí ☐ No

Puede necesitar completar el formulario del Representante Autorizado (DSHS 14-532) si está renovando su cobertura de servicios de salud. **Para alimentos básicos, el representante autorizado solamente es válido para el período de certificación.**

NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Autorización para verificación de activos

Solamente programas de Washington Apple Health para adultos mayores o personas ciegas o con discapacidades.

Entiendo que la información que proporcione para solicitar o renovar asistencia estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar si es correcta. Autorizo a la Health Care Authority y al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (por sus siglas en inglés, "DSHS") del Estado de Washington para que realicen la verificación de mis activos para determinar mi elegibilidad y verificar la exactitud de mi información financiera. Entiendo que la HCA y el DSHS pueden investigar y comunicarse con cualquier institución financiera, agencia estatal o federal, y base de datos privada como parte del proceso de verificación de activos. Entiendo que esta autorización terminará cuando se tome una decisión adversa definitiva sobre mi solicitud, cuando termine mi elegibilidad para beneficios, o si yo revoco esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito a la HCA o el DSHS. **Entiendo que en caso de que yo revoque la autorización o me niegue a otorgarla no seré elegible para ningún programa de Medicaid para personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas de Washington Apple Health.**

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

Registro de votantes

El Departamento ofrece servicios de registro para votantes, incluyendo el registro automático de votantes. **Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que puede recibir de esta agencia.** Si desea ayuda para rellenar el formulario de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es de usted. Puede llenar el formulario de registro como votante en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si registrarse para votar o al solicitar su registro para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro de votante? ☐ Sí ☐ No

Si no marca ninguna casilla, consideraremos que ha decidido no registrarse para votar en este momento, excepto cuando sea elegible para el registro automático como votante y no lo rechace.

Si no marca la casilla "No", usted podría ser elegible para el registro automático como votante. Usted es elegible para el registro automático como votante si tendrá al menos 18 años de edad en la siguiente elección, es ciudadano de Estados Unidos de América y el DSHS tiene su nombre, dirección residencial y postal, fecha de nacimiento, comprobantes de información de ciudadanía, y su firma corroborando la veracidad de la información provista en esta solicitud.

¿Desea ser registrado automáticamente para votar? ☐ Sí ☐ No

Si marcó la casilla "Sí" o no marcó ninguna de las casillas y cumple con los requisitos de elegibilidad para el registro automático como votante, el DSHS enviará su información a la Oficina del Secretario de Estado y será registrado como votante de manera automática.

Declaración y firmas (firme abajo para completar su revisión de elegibilidad)

Entiendo que debo:

- Brindar información correcta y cumplir con los requisitos de información.
- Otorgar comprobantes de mi elegibilidad.
- Ceder ciertos derechos de manutención de menores al Estado de Washington cuando reciba Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Sin embargo, puedo solicitar a DSHS no obtener la manutención para menores si eso pone en peligro a mis hijos o a mi persona.
- Cooperar con los requisitos de trabajo para la asistencia alimenticia.

En caso de no cumplir estos requisitos, probablemente me nieguen los beneficios o tenga que pagar por ellos.

Entiendo que puedo ser procesado penalmente si hago una declaración falsa deliberada o no informo algo que debería informar.

Autorizo a DSHS para que contacte otras personas o agencias cuando sea necesario para ayudarme a obtener comprobantes de mi elegibilidad.

Para efectivo y alimentos: He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia del formulario de derechos y responsabilidades del cliente, DSHS 14-113. Para cobertura de servicios de salud, he leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia del formulario de derechos y responsabilidades del cliente, HCA 18-003.

Certifico o declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de Washington, que la información presentada en esta solicitud, incluida la información referente a la situación de ciudadanía o de extranjero de los miembros que solicitan beneficios, es verdadera y correcta.

Para asistencia en efectivo, todos los adultos (o representantes autorizados) del hogar deben firmar.

Para cobertura de servicios de salud, debe firmar el solicitante (o representante autorizado).

Para asistencia alimenticia, tanto el solicitante como el representante legal deben firmar, a menos que ya haya un documento vigente de representante autorizado en el expediente.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL SOLICITANTE	CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DE OTRO ADULTO SOLICITANTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DE OTRO ADULTO	CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DEL AYUDANTE O REPRESENTANTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL REPRESENTANTE	CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DEL TESTIGO, SI SE FIRMA CON UNA "X"	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO	