

## Revisión de elegibilidad Eligibility Review

En caso que necesite ayuda para completar o leer el presente formulario, sírvase solicitarnos la ayuda respectiva. Conserve esta página para sus registros.

### ¿Cómo puedo solicitar asistencia alimenticia o dinero en efectivo?

- Puede **iniciar** el proceso ahora presentando esta revisión en una oficina de servicios comunitarios local. Esta debe contener su nombre, dirección y firma o la firma de su representante autorizado. Puede presentar su revisión ya, incluso si sólo contiene esos tres datos.
- Puede obtener una mayor cantidad de beneficios u obtenerlos más pronto si llena y entrega lo más pronto posible su revisión y cualquier otra información que solicitemos.
- Puede llevar su revisión a una oficina local o enviarla por fax al 1-888-338-7410. Visite [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) para ver las ubicaciones.
- Envíe su revisión por correo a una de las siguientes direcciones:

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| DSHS                        | DSHS  |
| CSD-Customer Service Center | Home and Community Services – Long Term Care Services |
| PO Box 11699                | PO Box 45826  |
| Tacoma, WA 98411-6699       | Olympia, WA 98504-5826                                |
- Puede llenar su revisión en línea en [www.washingtonconnection.org](http://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. Para la cobertura de atención médica, debe solicitar ya sea en línea en [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org), llamando al 1-855-923-4633, o usando la solicitud HCA de Cobertura de Atención Médica (HCA 18-001).**

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

Si necesita asistencia alimenticia de inmediato, complete desde la pregunta 1 hasta la 14 y entregue el presente formulario a su oficina local.

- Nosotros decidimos si es elegible para la asistencia alimenticia *dentro de 7 días* si prueba su identidad y cumple con las reglas de elegibilidad:
- Emitimos los beneficios el día siguiente al de la decisión de que es elegible.
- Generalmente, la asistencia alimenticia comienza el día que recibimos su solicitud.
- La asistencia de dinero en efectivo generalmente comienza el día que tenemos toda la información necesaria para decidir que es elegible.
- Debemos decidir si usted es elegible para ayuda con alimentos dentro de un plazo de 30 días desde la fecha en que entregue su solicitud.
- Si presenta su solicitud desde una institución, la fecha de inicio es la fecha en que sea liberado o dado de alta.

### Si solicita ayuda con alimentos y otros programas:

Debemos seguir las reglas de SNAP para procesar su solicitud. Esto incluye procesar la solicitud dentro de los plazos; emitir las notificaciones apropiadas, e informarle sobre sus derechos administrativos. No podemos negarle ayuda con alimentos solamente porque su solicitud para otros programas de asistencia fue denegada.

### Derechos Civiles

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), a esta institución, a sus agencias, a sus oficinas, a sus empleados y a las instituciones que participen en programas del USDA o que los administren se les prohíbe discriminar con base en la raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluyendo la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar y de paternidad, porque los ingresos del individuo se deriven de algún programa de asistencia pública, por creencias políticas o como represalia por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Los remedios y los plazos para presentar quejas varían de acuerdo con el programa.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para información sobre los programas (por ejemplo, Braille, tipografía grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia responsable o con el centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información de los programas puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Si desea presentar una queja por discriminación, llene el formulario de queja del programa de discriminación del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja contestado o su carta por correo al USDA a:

1. Correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Ave, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
2. Fax: (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

El USDA es un proveedor, empleador y acreedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## Números del Seguro Social y Condición Migratoria

Puede recibir asistencia para algunas personas que viven con usted incluso si otras personas que viven con usted no pueden obtener ayuda debido a su condición migratoria. Debe informarnos sobre la condición migratoria de cualquier persona que solicita asistencia. La situación migratoria de los miembros de su hogar puede ser verificada por USCIS (antes conocido como INS). La información recibida de USCIS puede afectar su elegibilidad y los montos de sus beneficios. Tenemos cobertura de atención médica que puede cubrir a algunos extranjeros.

De acuerdo a la Ley Federal (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), debe brindarnos el Número de Seguro Social (SSN) de cualquier persona que vive con usted y que ha presentado su solicitud a Washington Apple Health, TANF (Ayuda Temporal para Familias Necesitadas), o asistencia alimenticia. También podríamos necesitar los números de seguro social de padres y cónyuges que viven con usted pero no han presentado ninguna solicitud. Tenemos una cobertura de atención médica 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 dicha prueba. En caso que solicitemos un documento que cuesta dinero, lo pediremos y pagaremos por él. No necesitamos ninguna prueba las personas de su hogar que reciban Medicare, Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) en base a su propia discapacidad, o Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).

## Pago al estado por cuidados a largo plazo y atención médica

Bajo la Ley Estatal de Recuperación de Herencias (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), sus herederos podrían tener que pagar los costos que el Estado cubrió por ciertos tipos de servicios y apoyos médicos y a largo plazo que usted recibió después de cumplir 55 años. No hay límite de edad si usted recibió servicios financiados solamente por el estado. La recuperación de herencias inicia después de su fallecimiento; el pago debe realizarse después del fallecimiento de su cónyuge sobreviviente o cuando su(s) hijo(s) cumplan los 21 años de edad, a menos que el hijo estuviera ciego o discapacitado en el momento de su muerte. El Estado puede aplicar un gravamen antes de su fallecimiento sobre sus bienes raíces, a cualquier edad, si usted vive en una casa de reposo y no es probable que regrese a su hogar. El Estado puede cobrar este gravamen si usted vende o transfiere la propiedad, o después de su muerte. Si regresa a su hogar, el Estado cancela el gravamen. Para más información, incluyendo una lista de los servicios sujetos a la recuperación de herencias, vea el Capítulo 182-527 WAC.

## Privacidad y asistencia alimenticia y de dinero 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, sin embargo, no brindar la información sin una buena razón puede hacer que se nieguen los beneficios de alimentos básicos. Verificamos parte de esta información con programas de coincidencias por computadora, incluyendo el Sistema de Verificación de Ingresos Federales y Elegibilidad (IEVS).

| Utilizamos esta información para:  | Podemos brindar esta información para:   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Decidir quién es elegible para nuestros programas.</li><li>• Cobrar pagos adicionales de asistencia alimenticia.</li><li>• Administrar nuestros programas.</li><li>• Asegurar que cumplimos con la ley.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Uso oficial de agencias estatales y federales.</li><li>• Agencias judiciales dedicadas a buscar personas que huyen para evadir la ley.</li><li>• Agencias privadas de cobranzas para cobrar pagos adicionales de asistencia alimenticia.</li></ul> |
| <b>La información reportada al Departamento de Servicios Sociales y de Salud puede afectar la elegibilidad para la cobertura de atención médica administrada por la Autoridad de Atención Médica y el Intercambio de Beneficios de Salud.</b>  |  |
| <b>Advertencia de Penalidad de Asistencia Alimenticia</b>  |  |
| <b>Verificamos con otras agencias que su información sea correcta.</b> Si hay alguna información incorrecta, las personas solicitantes podrían no recibir asistencia alimenticia.  |  |
| <b>Todos los miembros que infrinjan voluntariamente alguna de las reglas pueden ser:</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Sujetos a proceso bajo cualquier otra ley federal o estatal aplicable.</li><li>• Suspendidos de SNAP por un periodo que puede ser desde un año hasta permanente.</li><li>• Multados hasta con \$250,000.</li><li>• Encarcelados hasta por 20 años.</li><li>• Suspendidos de SNAP por 18 meses adicionales si lo ordena un tribunal.</li></ul>  |  |
| <b>Si un tribunal lo declara culpable de:</b>  |  |
| <b>Recibir beneficios de una transacción que involucre:    Usted podría ser:</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• La venta de una sustancia controlada .....Descalificado por un período de 2 años a permanente.</li><li>• La venta de armas de fuego, municiones o explosivos .....Descalificado permanentemente.</li><li>• Tráfico de beneficios por un total superior a \$500 .....Descalificado permanentemente.</li><li>• Fraude de residencia o identidad .....Descalificado por 10 años</li></ul> |  |

# Revisión de elegibilidad

## Eligibility Review

Pídanos ayuda si la necesita para llenar este formulario.

|  |  |   |
|--|--|---|
| 1. PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO                 | FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO (REQUERIDO) | 2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (SI LO CONOCE)  |
| 3. DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE VIVE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL        |  | 4. TELÉFONO PRINCIPAL<br><input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE  |
| 5. DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL |  | 6. TELÉFONO SECUNDARIO<br><input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE |

8. Solicito lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Efectivo   | <input type="checkbox"/> Vida asistida / Hogar familiar para adultos           |
| <input type="checkbox"/> Alimentos  | <input type="checkbox"/> Servicios de cuidado a largo plazo en el hogar        |
| <input type="checkbox"/> Programa de ahorros de Medicare  | <input type="checkbox"/> Residencia para ancianos                              |
| <input type="checkbox"/> Hospicio   | <input type="checkbox"/> Atención médica / trabajadores con discapacidad (HWD) |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de Atención Médica para la tercera edad, ciegos o discapacitados |  |
| <input type="checkbox"/> Servicios a la medida para adultos mayores                                 |  |

7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

9. Yo o alguien más en mi hogar (marque todos lo que apliquen):  está en una situación de violencia doméstica

- tiene una discapacidad  no puede trabajar debido a problemas de salud  
 está embarazada; nombre \_\_\_\_\_ fecha de parto: \_\_\_\_\_

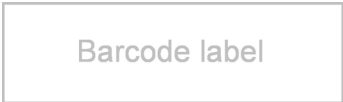
10. ¿Cuánto dinero espera recibir su familia este mes? \$ \_\_\_\_\_  
 11. ¿Cuánto dinero tiene su familia en efectivo y en cuentas bancarias? \$ \_\_\_\_\_  
 12. ¿Cuánto paga su familia por alquiler o hipoteca? \$ \_\_\_\_\_  
 13. ¿Qué servicios públicos paga su familia?  Calefacción/aire acondicionado  Teléfono  Otro: \_\_\_\_\_  
 14. ¿Algún miembro de su familia es un trabajador agrícola migratorio o estacional?  Sí  No  
 15. En caso que solicite asistencia alimenticia, ¿para cuántos miembros de su familia compra y prepara alimentos? \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service:**  Yes  No **Screener's Initials:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

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

17. Enumere a todos los miembros de su familia, incluso si no ha presentado solicitudes para ellos (adjunte hojas adicionales, si fuese necesario)

| NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) | SEXO | ¿CÓMO SE ENCUENTRA RELACIONAD A ESTA PERSONA A USTED? | FECHA DE NACIMIENTO | MARQUE SI DESEA BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA | OPCIONAL PARA NO-SOLICITANTES |                                      |                                    | NOMBRE DE TRIBU (Para Indios Americanos, Nativos de Alaska) |
|--|------|---|---------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
|  |      |   |                     |  | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL       | MARQUE SI ES CIUDADANO DE LOS EE.UU. | RAZA (VEA EJEMPLOS A CONTINUACIÓN) |   |
|  |      | Yo  |                     | <input type="checkbox"/>                     |                               | <input type="checkbox"/>             |                                    |   |
|  |      |   |                     | <input type="checkbox"/>                     |                               | <input type="checkbox"/>             |                                    |   |
|  |      |   |                     | <input type="checkbox"/>                     |                               | <input type="checkbox"/>             |                                    |   |
|  |      |   |                     | <input type="checkbox"/>                     |                               | <input type="checkbox"/>             |                                    |   |
|  |      |   |                     | <input type="checkbox"/>                     |                               | <input type="checkbox"/>             |                                    |   |
|  |      |   |                     | <input type="checkbox"/>                     |                               | <input type="checkbox"/>             |                                    |   |



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

18. Mi antecedente étnico es Hispano o Latino:  Sí  No

La información de antecedentes étnicos y raza es voluntaria y no afectará la elegibilidad ni los montos de los beneficios. Esta información se usa para garantizar que los beneficios de los programas se distribuyan sin importar la raza, el color o la nacionalidad. Para Asistencia Alimenticia, la USDA requiere que respondamos por usted en caso que no proporcione la información respectiva. **Ejemplos de raza:** Blanco, Negro o Afroamericano, Asiático, Nativo de Hawái, Isleño del Pacífico, Indio Americano, Nativo de Alaska o cualquier combinación de razas.

### I. Información general

- En los últimos 30 días, recibí asistencia alimenticia o de dinero en efectivo por parte de otro estado, tribu u otra fuente.  Sí  No
- Alguna persona por la que estoy presentando una solicitud habita fuera del Estado de Washington:  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_
- Yo o algún miembro de mi familia es un extranjero patrocinado:  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_
- Yo o alguien de mi hogar con 16 años o más se encuentra en (marque todas las aplicables):  Preparatoria  Un programa de equivalencia de preparatoria  Universidad  Escuela de oficios Quién: \_\_\_\_\_
- Algún miembro se encuentra temporalmente fuera de casa:  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_
- Yo o alguien de mi hogar alguna vez sirvió 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 respondió sí, quién: \_\_\_\_\_
- Yo o alguna persona para la cual estoy presentando una solicitud ha huido de la ley para evitar un juicio o la cárcel por un delito grave.  Sí  No.
- Vivo en:  Mi propia casa o departamento  Hogar de crianza en grupo  Otro: \_\_\_\_\_  
 Centro (especifique el tipo): \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_
- Yo soy:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo  En una Sociedad Doméstica Registrada
- Yo o alguien de mi hogar fue condenado por intercambiar asistencia con alimentos por drogas después del 22 de septiembre de 1996:  Sí  No
- Yo o alguien de mi hogar fue condenado por comprar o vender asistencia con alimentos por un valor superior a \$500 después del 22 de septiembre de 1996:  Sí  No
- Yo o alguien de mi hogar fue condenado por intercambiar asistencia con alimentos por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996:  Sí  No
- Yo o alguien de mi hogar fue condenado por obtener asistencia con alimentos en más de un estado después del 22 de septiembre de 1996:  Sí  No
- Yo o alguien de mi hogar es o está: a. En huelga:  Sí  No b. Un huésped que paga alojamiento:  Sí  No
- Yo o alguien de mi hogar ha ganado \$3,750 o más en la lotería o en apuestas o juegos de azar:  Sí  No  
Si contestó que sí, quién: \_\_\_\_\_ Fecha en que recibió: \_\_\_\_\_  
Importe (en dólares antes de impuestos): \_\_\_\_\_

### II. Información del seguro de salud (no es necesaria la alimentación básica)

**Yo, mi cónyuge, o algún miembro de mi familia:**

- Tiene planes para ingresar, está o ha salido recientemente de un centro médico (tales como un hospital o una residencia para ancianos) .....  Sí  No
- Necesito ayuda con factures médicas no pagadas para alguno de los tres meses pasados .....  Sí  No
- Tengo seguro de salud:  Sí  No; verifique todo lo que solicita:  Medicare (no Washington Apple Health)  Tricare  Seguro de atención a largo plazo  servicios de salud indígena  Otro seguro de salud:

### III. Recursos (Adjunte comprobante; no son necesarios para HWD, o Alimentación Básica)

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 ahorro
- Certificados de depósito
- Cuenta del mercado financiero
- Bonos
- Fideicomisos
- IRA / 401k
- Fondo de Retiro
- Fondos mutuos / acciones
- Contratos de ventas
- Terreno
- Patrimonio de vida
- Casas, incluso la que habita actualmente
- Condominio
- Edificio / tiempo – participación
- Seguro de Vida
- Fondos funerarios, planes prepago
- Fondos Universitarios
- Equipo de negocios
- Equipo agrícola
- Ganado

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

**III. Recursos (Adjunte comprobante; no son necesarios para HWD, o Alimentación Básica)**

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 (ej.:1980) | MARCA (Ej., FORD) | MODELO (Ej., ESCORT) | MARQUE SI ES ALQUILADO   | MARQUE SI EL VEHÍCULO ES UTILIZADO PARA PROPÓSITOS MÉDICOS | MONTO ADEUDADO |
|----------------|-------------------|----------------------|--------------------------|--|----------------|
|                |                   |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                   | \$             |
|                |                   |                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                   | \$             |

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, dinero en efectivo o propiedades de vida):  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, cuál: \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

**IV. Pensiones (Inversiones realizadas por cualquier miembro de la familia para recibir pagos regulares en la actualidad o en un futuro).**

| ¿A QUIÉN PERTENECE LA PENSIÓN? | ¿COMPANÍA O INSTITUCIÓN? | MONTO O VALOR | INGRESO MENSUAL | FECHA DE ADQUISICIÓN |
|--------------------------------|--------------------------|---------------|-----------------|----------------------|
|                                |                          | \$            | \$              |                      |
|                                |                          | \$            | \$              |                      |
|                                |                          | \$            | \$              |                      |

Si usted o su cónyuge tienen interés en una anualidad y acepta la Atención 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 comprobante)**

1. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha tenido un trabajo que terminó en los últimos 30 días:  Sí  No

2. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud tiene ingresos provenientes de un trabajo:  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, por favor complete esta sección:

|  |  |
|--|--|
| ¿QUIÉN GANA ESTE INGRESO?<br>_____<br>NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR<br>_____<br>FECHA DE INICIO<br>_____<br>¿El trabajo es un empleo independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Monto de los gastos mensuales por empleo independiente: \$ _____ | MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE IMPUESTOS)<br>\$ _____ cada: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana<br><input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes<br>Horas por semana: _____<br>Fechas de pago (por ej.: 1 y 15 o cada viernes): _____ |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| ¿QUIÉN GANA ESTE INGRESO?<br>_____<br>NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR<br>_____<br>FECHA DE INICIO<br>_____<br>¿El trabajo es un empleo independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Monto de los gastos mensuales por empleo independiente: \$ _____ | MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE IMPUESTOS)<br>\$ _____ cada: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana<br><input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes<br>Horas por semana: _____<br>Fechas de pago (por ej.: 1 y 15 o cada viernes): _____ |
|--|--|

|  |                |   |                             |   |                     |
|--|----------------|---|-----------------------------|---|---------------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE   |                | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL   |                             | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE  |                     |
| <b>VI. Otros Ingresos (Adjunte comprobante; reporte para todos los miembros de la familia)</b>   |                |   |                             |   |                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficios de desempleo</li> <li>Ingreso del Seguro Social</li> <li>Ingreso tribal</li> <li>Ingreso de juegos</li> <li>Beneficios educativos (préstamos estudiantiles, subsidios, trabajo de prácticas)</li> </ul>  |                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)</li> <li>Manutención a menores o cónyuges</li> <li>Beneficios del ferrocarril</li> <li>Ingresos por rentas</li> </ul> |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Retiro o pensión</li> <li>Beneficios militares o Administración de Veteranos (VA)</li> <li>Trabajo e industrias (L&amp;I)</li> <li>Fideicomisos</li> <li>Intereses / Dividendos</li> </ul> |                     |
| TIPO DE INGRESO NO GANADO  |                | ¿QUIÉN OBTIENE ESTE INGRESO?  |                             | MONTO MENSUAL BRUTO   |                     |
|  |                |   |                             | \$  |                     |
|  |                |   |                             | \$  |                     |
|  |                |   |                             | \$  |                     |
| <b>VII. Gastos Mensuales</b>   |                |   |                             |   |                     |
| ALQUILER:<br>\$  | HIPOTECA<br>\$ | ALQUILER DE ESPACIO<br>\$   | SEGURO DE PROPIETARIO<br>\$ | IMPUESTOS SOBRE INMUEBLES<br>\$   | OTRAS TARIFAS<br>\$ |
| ¿Qué servicios paga en su hogar <u>de manera independiente</u> de la renta o hipoteca?   |                |   |                             |   |                     |
| <input type="checkbox"/> Calefacción (Eléctrica/Gas) <input type="checkbox"/> Electricidad (No calefacción) <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Teléfono de casa o celular <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Basura   |                |   |                             |   |                     |
| Otra persona o agencia, tal como una casa subvencionada me ayuda a pagar todo o una parte de estos gastos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                |   |                             |   |                     |
| Si la respuesta es afirmativa, quién: _____ Qué gastos: _____ Monto que pagan: \$ _____  |                |   |                             |   |                     |
| <input type="checkbox"/> Recibí un pago de la Ley de Asistencia para Energía Doméstica para Bajos Ingresos (por sus siglas en inglés, "LIHEAA") en los últimos 12 meses.   |                |   |                             |   |                     |
| Yo, mi cónyuge, o alguien en mi familia paga o debe pagar (marque todo lo que corresponda):  |                |   |                             |   |                     |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños o adultos dependientes (incluyendo costos de transporte)   |                | Monto mensual: \$   |                             | Quién paga:   |                     |
| <input type="checkbox"/> Facturas médicas para personas con discapacidades o de 60 años de edad a más (incluyendo costos de transporte y primas de seguro médico)  |                | Monto mensual: \$   |                             | Quién paga:   |                     |
| <input type="checkbox"/> Manutención para niños (adjunte comprobante)  |                | Monto mensual: \$   |                             | Quién 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 reducción para este gasto.  |                |   |                             |   |                     |
| <b>VIII. Representante Autorizado</b>  |                |   |                             |   |                     |
| Un representante autorizado es alguien a quien usted autoriza para hablar con DSHS acerca de sus beneficios. Puede nombrar a alguna persona, pero no está obligado a hacerlo. ¿Tiene un representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |                |   |                             |   |                     |
| ¿Esta persona es su tutor legal?   |                |   |                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                     |
| ¿Esta persona tiene un poder?  |                |   |                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                     |
| Puede necesitar completar el formulario del Representante Autorizado (DSHS 14-532) si está renovando su cobertura de atención médica.  |                |   |                             |   |                     |
| NOMBRE   |                | PARENTESCO  |                             | NÚMERO DE TELÉFONO  |                     |
| DIRECCIÓN POSTAL   |                | CIUDAD  |                             | ESTADO  |                     |
|  |                |   |                             | CÓDIGO POSTAL   |                     |
| <b>Autorización para verificación de activos</b>   |                |   |                             |   |                     |
| <b>Solamente para programas de Medicaid para adultos mayores o personas ciegas o discapacitadas de Washington Apple Health.</b>  |                |   |                             |   |                     |
| Entiendo que la información que proporcione para solicitar o renovar asistencias estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar si es correcta. Autorizo a la Autoridad de Servicios de Salud del Estado de Washington (HCA, por sus siglas en inglés) y al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés) para que realice una verificación de activos para determinar mi elegibilidad y para verificar la exactitud de mi información financiera. Entiendo que la HCA y el DSHS pueden investigar y contactar a cualquier institución financiera, agencia estatal o federal, o base de datos privada como parte del proceso de verificación de activos. Entiendo que esta autorización termina cuando se tome una decisión adversa definitiva respecto a mi solicitud, termine mi elegibilidad para beneficios, o si revoco esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito a la HCA o al DSHS. <b>En caso de que revoque mi autorización o me niegue a concederla, entiendo que no seré elegible para ningún programa de Medicaid para adultos mayores o personas ciegas o discapacitadas de Washington Apple Health.</b> |                |   |                             |   |                     |

|  |                         |   |                                |
|--|-------------------------|---|--------------------------------|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE   | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE        |                                |
| <b>Registro para votar</b>   |                         |   |                                |
| <p>El Departamento ofrece servicios para registrarse para votar, incluyendo el registro automático de votante. <b>Solicitar su registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que usted pueda recibir de esta agencia.</b> Si desea ayuda para llenar el formulario de registro como votante, le ayudaremos. 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 o al solicitar su registro para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Oficina de Elecciones del Estado de Washington, PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p><b>¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro como votante?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si no marca ninguna de las casillas, consideraremos que ha decidido no registrarse para votar en esta ocasión, a menos que sea elegible para el registro automático de votante y no lo rechace.</b></p> <p>A menos que haya marcado "No" arriba, usted puede ser elegible para el registro automático de votante. Usted es elegible para el registro automático de votante si tendrá al menos 18 años de edad en las siguientes elecciones, es ciudadano de los Estados Unidos de América y el DSHS tiene su nombre, dirección residencial y postal, fecha de nacimiento, información de verificación de ciudadanía y su firma declarando la veracidad de la información provista en esta solicitud.</p> <p><b>¿Desea que lo registren automáticamente como votante?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si marcó la casilla "Sí", o si no marca ninguna casilla y satisface los requisitos de elegibilidad para el registro automático de votante, el DSHS le enviará su información a la Oficina del Secretario de Estado y se le registrará automáticamente para votar.</b></p> |                         |   |                                |
| <b>Declaración y Firmas</b>  |                         |   |                                |
| <p><b>Para dinero en efectivo, todos los adultos (o representantes autorizados) en el hogar deben firmar. Para asistencia alimenticia o cobertura de atención médica debe firmar el solicitante (o representante autorizado).</b></p> <p>Entiendo que debo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar información correcta y cumplir con los requerimientos de información.</li> <li>• Otorgar comprobantes de mi elegibilidad.</li> <li>• Asignar ciertos derechos para la 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.</li> <li>• Cooperar con los requisitos de trabajo de la asistencia alimenticia.</li> </ul> <p>En caso de no cumplir estos requisitos, probablemente me nieguen los beneficios o tenga que pagar por ellos.</p> <p>Entiendo que puedo ser procesado criminalmente si voluntariamente realizo una declaración falsa o no informo algo que debería informar.</p> <p>Autorizo a DSHS para que contacte otras personas o agencias cuando sea necesario para ayudarme a obtener comprobantes de mi elegibilidad.</p> <p>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 la cobertura de atención médica, he leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente, HCA 18-003, <b>Yo certifico o declaro bajo pena de perjuicio bajo las leyes del Estado de Washington que la información que brindo en esta solicitud, incluyendo la información con respecto a la ciudadanía y condición de inmigrante de los miembros que solicitan beneficios, es verdadera y correcta.</b></p>   |                         |   |                                |
| FIRMA DEL SOLICITANTE  | FECHA                   | NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL SOLICITANTE | CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA |
| FIRMA DE OTRO ADULTO SOLICITANTE   | FECHA                   | NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE OTRO ADULTO  | CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA |
| FIRMA DEL AYUDANTE O REPRESENTANTE   | FECHA                   | NOMBRE EN LETRA IMPRENTA DEL REPRESENTANTE  | CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA |
| FIRMA DEL TESTIGO SI FIRMA CON UNA "X"   | FECHA                   | NOMBRE EN LETRA IMPRENTA DEL TESTIGO        |                                |