

Solicitud de Beneficios (Application for Benefits)

En caso que necesite ayuda para completar o leer el presente formulario, no dude en pedirnos ayuda.
Conserve esta página para sus registros.

¿Cómo puedo solicitar los beneficios?

- Para **completar** su solicitud llene de la página 3 a la página 6. Usted puede **iniciar** su solicitud el día de hoy, brindando a la recepcionista su nombre, dirección y firma en la página 3. En caso que no cuente con una dirección, informe a la recepcionista o comuníquese con su oficina local.
- Adjunte hojas adicionales en caso de necesitar más espacio.
- Entregue personalmente o envíe por correo desde la página 3 hasta la página 6 a su oficina local. Conserve las páginas 1 y 2 para sus registros.
- Usted puede obtener una mayor cantidad de beneficios o gozar de ellos más pronto si inicia, completa y nos entrega su solicitud y cualquier otra información que se requiera lo más pronto que pueda. También podemos compartir la presente información con las autoridades locales o federales.

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

Si usted necesita beneficios alimenticios de inmediato, complete desde la pregunta 1 hasta la 14 en la página 3 y entregue el presente formulario a la recepcionista.

Nosotros decidimos si usted es elegible para asistencia alimenticia *dentro de 5 días* si usted brinda pruebas de su identidad y cumple con uno de los siguientes requisitos:

- Este mes su familia tendrá menos de \$150 en ingreso bruto y menos de \$100 en recursos líquidos.
- Los recursos e ingresos de su familia son menores que el alquiler y los servicios públicos mensuales.
- Su familia incluye un trabajador agrícola estacional o un trabajador migratorio indigente.

Los beneficios son emitidos el día posterior a la decisión de su elegibilidad. Generalmente, los beneficios alimenticios comienzan el día que recibimos su solicitud. Generalmente, los beneficios en efectivo comienzan el día que tenemos toda la información necesaria para decidir que usted es elegible.

Derechos Civiles

De acuerdo con la Ley Federal y con la norma del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Servicios Sociales y de Salud de los Estados Unidos (HHS), se le prohíbe a esta institución discriminar por razón de raza, color, nacionalidad, género, edad o discapacidad. De acuerdo a la política de USDA y la Ley de cupones de alimentos, también se prohíbe la discriminación por razón de creencias políticas o religiosas. Para presentar un reclamo por discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Para presentar una queja, escriba al Director del USDA, a la Oficina de Derechos Civiles: Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escriba al Director del USDA, a la Oficina de Derechos Civiles: Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). El USDA y HHS son proveedores y empleadores que cumplen con los principios de igualdad de oportunidades.

Números del Seguro Social y Condición de Inmigración

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 de inmigración. Debe informarnos sobre la condición de cualquier persona que solicita asistencia. Contamos con programas médicos con cobertura para algunas personas que no pueden comprobar su residencia legal en el país.

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 han presentado su solicitud para asistencia alimenticia, TANF o Medicaid. También necesitamos los números de seguro social de padres y cónyuges que viven con usted pero no han presentado ninguna solicitud. Contamos con programas médicos para algunas personas que no tienen número de seguro social.

Utilizamos el SSN para revisar identidades, verificar elegibilidad, prevenir fraudes y recopilar reclamos. Intercambiamos información con otras agencias para administrar nuestros programas y cumplir con la ley. También podemos brindar esta información a agencias judiciales que intentan capturar convictos.

Ciudadanía e Identificación para Medicaid

Los ciudadanos de los Estados Unidos deben comprobar su ciudadanía e identidad para recibir Medicaid. Trabajaremos con usted para obtener dicho comprobante. En caso que solicitemos un documento que cuesta dinero, enviaremos y pagaremos por éste. No necesitamos ningún comprobante para aquellos en su hogar que reciben Medicare, Aseguración de Seguro Social para la Discapacidad (SSDI) en base a su propia discapacidad o Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI).

Programa del Pago de Prima

En caso que usted o su hijo califique para Medicaid, usted puede ser elegible para el reembolso de sus primas del seguro de salud. Para realizar la solicitud visite: <http://hrsa.dshs.wa.gov/PremiumPymt/>, o comuníquese al 1-877-562-3022, anexo 15473.

Asistencia Alimenticia y Privacidad

La Ley actual de cupones de alimentos permite al departamento recopilar la información que solicitamos en el formulario. Verificamos parte de esta información con programas de coincidencias por computadora.

Utilizamos esta información para:	Podemos brindar esta información para:
<ul style="list-style-type: none">• Decidir quien es elegible para nuestros programas.• Cobrar pagos adicionales de asistencia alimenticia.• Administrar nuestros programas.• Asegurar que cumplimos con la ley.	<ul style="list-style-type: none">• Uso oficial de agencias estatales y federales.• Agencias judiciales dedicadas a buscar personas que huyen para evadir la ley.• Agencias privadas de cobranzas para cobrar pagos adicionales de asistencia alimenticia.
Advertencia de Penalidad de Asistencia Alimenticia	
<p>Enviamos la información de las personas que solicitan Asistencia Alimenticia a otras agencias federales para revisar que dicha información sea correcta. En caso que la información sea incorrecta, es probable que las personas que solicitaron la Asistencia Alimenticia no la obtengan. Si una persona brinda información que sabe es incorrecta, podría ser procesada criminalmente. Las sanciones por incumplir intencionalmente las reglas de la asistencia alimenticia varían desde descalificación del programa a multas o posible prisión.</p>	

Pago al estado por cuidados a largo plazo y atención médica

- Por ley, si usted tiene 55 años de edad o más Y recibe Medicaid o servicios de cuidados a largo plazo, DSHS puede exigir que con su patrimonio (activos que usted posee al momento de su muerte) se le pague a DSHS por los costos de asistencia médica, servicios médicos y cuidados a largo plazo. El Programa de Ahorros de Medicare se encuentra exento. DSHS solamente recuperará los costos con su patrimonio de los servicios de cuidados a largo plazo financiados recibidos **a cualquier edad**. A estos se le llama RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO. Las tierras tribales pueden estar exentas de la recuperación.
- Los servicios de cuidados a largo plazo incluyen: COPES, Cuidados Personales de Medicaid, servicios de Residencia para Ancianos, salud diurna para adultos, enfermería de atención privada, y las cuatro exenciones de DDD HCBS: Básica, Básica Plus, Core, y Protección Comunitaria, y otros servicios proporcionados por Servicios Comunitarios y del Hogar y la División de Discapacidades del Desarrollo.
- La recuperación de patrimonio no se lleva a cabo hasta su muerte o la muerte de su cónyuge sobreviviente, si lo hubiera. En caso que usted tenga herederos dependientes, la recuperación de patrimonio puede ser postergada por dificultades extremas.
- En caso que usted se aloje permanentemente en una residencia para ancianos u otro centro médico, DSHS puede presentar un documento de embargo en contra de su propiedad para recibir el pago por la asistencia médica, servicios médicos y cuidados a largo plazo que usted haya recibido. Si usted regresa a casa, DSHS anulará el documento de embargo. DSHS no presentará un documento de embargo en contra de su casa si:
 - ◆ Su cónyuge habita ahí.
 - ◆ Su hijo ciego, discapacitado o menor de 21 años de edad habita ahí.
 - ◆ Su hermano(a), quien cuenta con participación de intereses habita ahí por un mínimo de un año antes que usted ingresara en el centro médico.

Solicitud de Beneficios (Application for Benefits)

Marque esta casilla en caso de necesitar ayuda para completar el presente formulario.

1. PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	FIRMA (REQUERIDA)	2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (SI LO CONOCE)
3. DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE VIVE	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	4. NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA DE PREFERENCIA
5. DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE)	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	6. OTROS NÚMERO(S) DE TELÉFONO

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

<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Alimentos
<input type="checkbox"/> Servicios médicos	<input type="checkbox"/> Tratamiento para la adicción a drogas y alcohol
<input type="checkbox"/> Ayuda con facturas médicas (correspondientes a los últimos tres meses)	<input type="checkbox"/> Residencia para ancianos.
<input type="checkbox"/> Centro de vivienda asistida / Hogar de familia adulta	<input type="checkbox"/> Programa de Ahorros de Medicare.

7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Centro Psiquiátrico para Pacientes Indigentes (PII, por sus siglas en inglés) Hospicio.
 Atención Médica para Trabajadores con Discapacidades (HWD, por sus siglas en inglés) Servicios de cuidado a largo plazo en el hogar
 Otro (enumere): _____

9. Yo u otro miembro de mi familia (marque todo lo que corresponda): Se encuentra en una situación de violencia doméstica
 No puede trabajar debido a problemas de salud Padece una discapacidad Está embarazada; fecha de parto: _____

10. ¿Cuánto dinero espera recibir su familia este mes? \$ _____

11. ¿Cuánto dinero tiene su familia en efectivo y 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 usted compra y prepara alimentos? _____

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

16. Necesito una entrevista telefónica. Por favor, llámeme al: _____

17. Necesito un intérprete. Hablo: _____ o lenguaje de señas; traducir mis cartas al: _____

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

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

La información de antecedentes étnicos y raza es voluntaria. 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 Hawai, Isleño del Pacífico, Indio Americano, Nativo de Alaska o cualquier combinación de razas.



I. Información general

1. En los últimos 30 días, recibí efectivo, alimentos o asistencia médica de otro estado, tribu u otra fuente. Sí No
2. Alguna persona por la que estoy presentando una solicitud habita fuera del Estado de Washington: Sí No Quién: _____
3. Yo o algún miembro de mi familia es un extranjero patrocinado: Sí No Quién: _____
4. Yo o algún miembro de mi familia está en la escuela: Sí No Quién: _____
5. Algún miembro se encuentra temporalmente fuera de casa: Sí No Quién: _____
6. Yo o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha servido en el ejército: Sí No Quién: _____
7. Alguna persona es dependiente o cónyuge de algún miembro (vivo o fallecido) que haya servido en el ejército: Sí No
8. Yo o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha huido de la ley para evitar un juicio o la cárcel por un delito grave: Sí No
9. Habito en: Mi propia casa o departamento Hogar de crianza en grupo Otro: _____
 Centro (especifique el tipo): _____ Fecha de ingreso: _____
10. Soy: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo En una relación doméstica registrada

II. Información Médica y del Seguro Médico

Yo, mi cónyuge, o algún miembro de mi familia (marque la casilla correspondiente):

1. Tiene planes para ingresar, está o ha salido recientemente de un centro médico (tales como un hospital o una residencia para ancianos) Sí No
2. Tiene Seguro Médico (Marque todo lo que corresponda): Medicare (no asistencia médica de DSHS) Tricare
 Seguro de cuidados a largo plazo Servicios de Salud para Indígenas Otro Seguro Médico: _____

III. Comprobante Adjunto de Recursos (no es necesario para atención médica para niños, embarazadas, trabajadores con discapacidades o alimentos básicos).

Un recurso es cualquier cosa que usted posee o compra, el cual puede ser vendido, comerciado 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
- CD's
- Cuenta del mercado financiero
- Bonos de Ahorro
- Bonos
- Fondos Mutuos
- Acciones
- Pensiones
- Fideicomisos
- IRA
- 401K
- Fondo de Retiro
- Casas, incluso la que habita actualmente
- Condominio
- Terreno
- Contratos de ventas
- Edificio
- Patrimonio de vida
- Seguro de Vida
- Fondos funerarios, planes prepago
- Fondos Universitarios
- Multipropiedad
- Equipo de negocios
- Equipo agrícola
- Ganado

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

RECURSO	A QUIÉN PERTENECE	LUGAR	VALOR	A QUIÉN PERTENECE	LUGAR	VALOR
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$

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

AÑO (E.G., 1980)	MARCA (E.G., FORD)	MODELO (E.G., 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, comerciado, donado o transferido un recurso en los últimos cinco años (incluye fideicomisos, vehículos o propiedades de vida): Sí No Si la respuesta es afirmativa, cuál: _____ cuándo: _____

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

IV. Comprobante Adjunto de Ingresos Ganados

1. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha tenido un trabajo que terminó en los últimos 60 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? NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR FECHA DE INICIO	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE IMPUESTOS) \$ _____ cada: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes Horas por semana: _____ Fechas de pago (e.g., 1 ^o y 15 ^o o cada viernes):
¿El trabajo es un empleo independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

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

V. Comprobante Adjunto de Otros Ingresos (Utilice para todos los miembros de la familia)

	¿QUIÉN OBTIENE ESTE INGRESO?	MONTO MENSUAL BRUTO	¿QUIÉN OBTIENE ESTE INGRESO?	MONTO MENSUAL BRUTO
Beneficios de desempleo		\$		\$
Seguro Social		\$		\$
Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)		\$		\$
Manutención a menores o cónyuges		\$		\$
Retiro o pensión		\$		\$
Beneficios militares o Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)		\$		\$
Beneficios del seguro o Trabajo e Industrias (L&I, por sus siglas en inglés)		\$		\$
Fideicomisos		\$		\$
Intereses		\$		\$
Beneficios del Ferrocarril		\$		\$
Ingresos por rentas		\$		\$
Otro:		\$		\$
Otro:		\$		\$

VI. 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?	¿COMPAÑÍA O INSTITUCIÓN?	MONTO O VALOR	INGRESO MENSUAL	FECHA DE ADQUISICIÓN
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Si usted o su cónyuge tiene interés en recibir una pensión y acepta los beneficios de cuidados a largo plazo de Medicaid, deberá nombrar al Estado de Washington como beneficiario remanente de la pensión.

VII. Comprobante Adjunto de Gastos Mensuales			
ALQUILER:	HIPOTECA	ALQUILER DE ESPACIO	TARIFAS DEL CONDOMINIO
\$	\$	\$	\$
SEGURO DE PROPIETARIO	IMPUESTOS SOBRE INMUEBLES	BIENES DE PROPIEDAD	OTRAS TARIFAS
\$	\$	\$	\$
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: \$ _____ Yo, mi cónyuge, o alguien en mi familia paga o se supone que paga (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Cuidados de dependencia del Adulto o Menor (incluye gastos de transporte)	Monto mensual: \$	Quién paga:	
<input type="checkbox"/> Facturas médicas para personas con discapacidades o de 60 años de edad a más (incluye gastos de transporte)	Monto mensual: \$	Quién paga:	
<input type="checkbox"/> Manutención para niños	Monto mensual: \$	Quién paga:	
En caso que no informe acerca de ninguno de los gastos mencionados anteriormente, consideraremos esto como una declaración por parte de su familia que usted no desea recibir una reducción para este gasto.			
VIII. Representante Autorizado			
Un representante autorizado es alguien a quien usted autoriza para hablar con DSHS acerca de sus beneficios. Usted 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			
NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Declaración y Firmas			
Si la solicitud presentada es para asistencia médica o efectivo para adultos, todos los adultos de la familia deben firmar. Si la solicitud presentada es para asistencia alimenticia o médica para menores, el solicitante debe firmar.			
Entiendo que debo:			
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información correcta y cumplir con los requerimientos de información. • Otorgar comprobantes de mi elegibilidad. • Asignar ciertos derechos de manutención médica y para menores al Estado de Washington cuando recibo Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Asignar pagos a terceros para asistencia médica al Estado de Washington cuando recibo beneficios de asistencia médica. Sin embargo, puedo solicitar a DSHS que no requiera manutención médica ni para menores, o pagos a terceros por asistencia médica, si eso pone en peligro a mis hijos o a mi persona. • Cooperar con los requisitos de trabajo de 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 criminalmente si voluntariamente realizo una declaración falsa 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.			
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. Certifico o declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que la información que declaré anteriormente es verdadera y correcta.			
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	