

INFORMACIÓN GENERAL

Con este documento, usted puede solicitar uno o más de los siguientes programas de asistencia:

- Subvenciones auxiliares (AG)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Ayuda General – Niño Sin Relación (GR)
- Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)
- Asistencia de Recuperación de TANF (TANF DA)
- Asistencia de Emergencia de TANF (TANF EA)

Tenga en cuenta que una solicitud de TANF se tratará como una solicitud para SNAP. Asegúrese de marcar **TANF-No SNAP** en la sección **Composición del Hogar** si solo desea solicitar TANF.

CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, un amigo o familiar, o su trabajador de elegibilidad puede ayudarlo. Si completa esta solicitud para otra persona, responda cada pregunta como si fuera esa persona. Si necesita cambiar una respuesta o hacer una corrección, escriba la información correcta cerca y coloque sus iniciales y la fecha junto al cambio. Si en su casa viven más de 6 personas y necesita más espacio para enumerar a todos, informe a la agencia que necesita páginas adicionales. Si tiene una discapacidad o dificultades con el inglés, puede recibir ayuda adicional para asegurarse de obtener la asistencia o los servicios para los que es elegible.

INFORMACIÓN COMPLETA Y PRECISA

Debe brindar información completa, precisa y veraz. Si no proporciona la información necesaria, es posible que no podamos determinar su elegibilidad para recibir asistencia. Si, a sabiendas, proporciona información falsa, incorrecta o incompleta, o no informa cambios, podría perder sus beneficios y resultar arrestado, procesado, multado y/o encarcelado. Si, a sabiendas proporciona información falsa, incorrecta o incompleta para ayudar a otra persona a recibir beneficios, podría resultar arrestado y procesado por fraude.

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Puede solicitar beneficios dejando una solicitud completa en la agencia o dejando una solicitud parcialmente completa con al menos su nombre, dirección y firma, o, solo para SNAP, cortando y dejando la mitad de la hoja en la página iii con su nombre, dirección y firma. Debe completar el resto de esta solicitud antes de que se pueda determinar su elegibilidad. Para algunos programas, incluido SNAP, también debe ser entrevistado, pero puede entregar su solicitud antes de la entrevista. Puede entregar su solicitud en cualquier momento durante el horario de oficina el mismo día en que se comunique con su agencia local. Tiene derecho a entregar su solicitud incluso si parece que no es elegible para los beneficios. Esto es importante porque, si es elegible para el mes en que presenta la solicitud, el monto de su beneficio se basará en la fecha en que entregue su solicitud.

VERIFICACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN

La información que usted proporciona en esta solicitud, incluidos los números de Seguro Social (SSN), puede compararse con los registros locales, estatales y federales. Estos registros incluyen:

- Comisión de Empleo de Virginia (VEC)
- Servicio de Impuestos Internos (IRS)
- Administración del Seguro Social (SSA)
- Departamento de Vehículos Motorizados (DMV)
- Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS)
- Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS)

Se investigará cualquier diferencia entre la información que proporcione y estos registros. La información de estos registros puede afectar su elegibilidad y el monto de los beneficios. La información puede utilizarse para:

- determinar la corrección, exactitud y veracidad de la solicitud;
- verificar su identidad y ciudadanía; comprobar los sueldos y salarios, beneficios de desempleo e ingresos no derivados del empleo, como los beneficios de Seguridad Social e Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI); verificar los trimestres de cobertura del Seguro Social para un extranjero o la situación de los extranjeros;
- evitar la recepción de prestaciones de más de un organismo de servicios sociales al mismo tiempo;
- realizar los cambios necesarios en el programa;
- permitir la divulgación para el examen oficial y a los funcionarios del cumplimiento de la ley para ayudar a detener a las personas que huyen de la ley; o
- colaborar en acciones de cobro de reclamos de SNAP.

Su información también se puede utilizar o divulgar para estudiar programas de beneficio público, como SNAP o TANF.

La información sobre su raza y origen étnico no es necesaria y no afectará su elegibilidad ni el monto de los beneficios. Esta información se solicita para asegurarse de que los beneficios del programa se proporcionan sin tener en cuenta la raza, el color u origen nacional.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Declaración de no discriminación del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria y el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) para formulario de solicitud conjunta

Con arreglo a lo dispuesto en las leyes federales sobre derechos civiles y en las normativas y políticas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones involucradas o que gestionan los programas del USDA, cometan discriminación por razones de raza, color, país de origen, sexo (incluida identidad de género y orientación sexual), creencia religiosa, discapacidad, edad, ideología política, y la retaliación o represalias por acciones previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. También se prohíbe la discriminación en los programas que perciben ayudas económicas federales por parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS), como el programa de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), y programas que lleva a cabo directamente el HHS en virtud de la legislación federal en materia de derechos civiles y las normativas del HHS. Las personas con discapacidad que necesitan medios de comunicación alternativos para conocer la información del programa (p. ej., Braille, fuente aumentada, grabación en audio, lengua de signos estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia (del estado o local) en la que solicitaron las ayudas. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidad del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el número de teléfono (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL USDA

El USDA ofrece ayuda financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y otros. Para presentar una queja por discriminación en el programa, rellene el formulario de queja por discriminación en el programa, (AD3027) que se encuentra en línea en el siguiente enlace: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf> y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentada al USDA a través de los siguientes cauces:

1. **correo postal:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **teléfono:** (833) 620-1071; o
4. **correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con el SNAP, las personas deben ponerse en contacto con el número de la línea directa del SNAP del USDA en el número de teléfono (800) 221-5689, que también ofrece servicio en español, o llamar a los números de la línea directa/de información del estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de la línea directa por estado); se encuentra en línea en el siguiente enlace: <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>.

QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL HHS

El HHS ofrece ayuda financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, como el TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado por razones de raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS brinda asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en su nombre o en el de otra persona.

Para presentar una queja por discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe ayuda financiera federal a través del HHS, rellene el formulario en línea a en el portal de quejas de la OCR que encontrará en el siguiente enlace: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; Fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para una tramitación más rápida, le animamos a que utilice el portal en línea de la OCR para presentar las quejas en lugar de hacerlo por correo. Las personas que necesitan ayuda para presentar una queja sobre derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR: OCRMail@hhs.gov o ponerse en contacto con la OCR a través del número de teléfono gratuito 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con problemas de audición o con dificultades para hablar, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos gratuitamente formatos alternativos (como Braille y fuente aumentada), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística para presentar una queja.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

1. No escriba en las áreas sombreadas. Estas áreas son solo para uso exclusivo de la agencia.
2. Complete la **SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE** Complete el cuadro de la **SECCIÓN B: Composición del hogar** para todas las personas que viven en su hogar, incluso si esa persona no está incluida en la solicitud. Puede dejar preguntas sobre ciudadanía, inmigración y número de Seguro Social en blanco para cualquier persona para la que NO solicite asistencia.
3. Responda a las preguntas de la **SECCIÓN C: INGRESOS** de todas las personas incluidas en la solicitud. Además, si solicita **TANF**, también proporcione información de ingresos para niños de 18 años o menos, incluso si no están incluidos en la solicitud, y de los padrastos de los niños incluidos en la solicitud.
4. Responda las preguntas en la **SECCIÓN D: RECURSOS** de todas las personas incluidas en la solicitud a menos que solo solicite TANF.
5. Después de completar las Secciones A a D, responda las preguntas en las secciones que se indican a continuación, según el tipo de asistencia que solicite.

TANF	Sección E , página 5	Asistencia de Recuperación/Emergencia de TANF	Sección F , página 6
SNAP	Sección G , página 6	Subvenciones Auxiliares	Sección H , páginas 7-8
6. Complete la **SECCIÓN I** para todos los programas si desea que un representante autorizado actúe en su nombre.
7. Lea **INFORMES DE CAMBIOS Y SANCIONES** en las páginas 9-10.
8. Lea y complete la última página de esta solicitud. Asegúrese de firmar y fechar la solicitud.

SERVICIO ACELERADO PARA BENEFICIOS DE SNAP

Su hogar puede calificar para el Servicio acelerado y recibir los beneficios de SNAP dentro de los 7 días si es elegible. A fin de calificar para el Servicio Acelerado: 1) su ingreso mensual bruto debe ser inferior a \$150 y los recursos líquidos de \$100 o menos; 2) sus facturas mensuales de alojamiento deben ser más altas que el ingreso mensual bruto de su hogar más sus recursos líquidos; o 3) alguien en su hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional con pocos o ningún ingreso y recursos. **PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE SE PUEDA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO ACELERADO.**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Número de Seguro Social: _____
 _____ Número de Teléfono: _____

 Firma: _____ Fecha _____

Ingresos totales recibidos/esperados este mes antes de las deducciones \$ _____
 Total de efectivo, dinero en cuentas corrientes/cajas de ahorro, certificados de depósito, etc. \$ _____
 Alquiler o hipoteca total para este mes \$ _____
 Gastos de servicios públicos para este mes \$ _____
 ¿Qué servicios públicos paga? (marque todas las opciones que correspondan)
 Calefacción Luces Teléfono Electricidad para el aire acondicionado
 Agua Cloaca Residuos Otros
 ¿Alguien en su hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional? SÍ NO

CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA DE REGISTRO DE VOTANTES DEL ESTADO DE VIRGINIA

**Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿desea solicitar el registro para votar aquí hoy?
 (Marque solo una opción)**

- Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual o no soy elegible para registrarme para votar y no necesito una solicitud para registrarme para votar.
- Sí, me gustaría solicitar registrarme para votar. (Complete el formulario de solicitud de registro de votante).
- No, no quiero registrarme para votar.

ISI no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido **no** registrarse para votar en este momento. Solicitar registrarse para votar o negarse a registrarse para votar no afectará la asistencia o los servicios que le proporcionará esta agencia.

Si se niega a registrarse para votar, este hecho permanecerá confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde se presentó su solicitud lo mantendrá en forma confidencial y solo se utilizará para fines de registro de votantes.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado si lo desea.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, puede presentar una queja ante: Secretary of the Virginia State Board of Elections (Secretario de la Junta Electoral del Estado de Virginia), Washington Building, 1100 Bank Street, Richmond, VA 23219-3497, Teléfono (804) 864-8901.

Nombre del Solicitante

Firma

Fecha

para uso exclusivo de la agencia

Formulario de Registro de Votantes completo: Sí No

Formulario de Registro de Votantes entregado al solicitante para su posterior envío por correo (a petición del solicitante) Sí No

Firma del Personal de la Agencia

Fecha:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

NOMBRE DEL CASO

NÚMERO DE CASO

LOCALIDAD

EVALUADOR

FECHA

DETERMINACIÓN DE SERVICIO ACELERADO

Ingreso < \$150 + recursos ≤ \$100 SÍ NO

Ingreso + recursos < facturas de alojamiento YES NO

Para trabajadores agrícolas migrantes o estacionales:

Recursos ≤ \$100 y ≤ \$25 se esperan en los próximos 10 días de nuevos ingresos; SÍ NO

O

Recursos ≤ \$ 100 y \$ 0 ingresos se esperan de una fuente terminada para el resto de este mes o el próximo mes. SÍ NO

ACELERAR SI LA RESPUESTA ES SÍ A CUALQUIERA DE LAS OPCIONES ANTERIORES.

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Su Información de Contacto

Su Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Su Dirección Residencial (incluya el número de apartamento)

Ciudad, Estado, Código Postal

Su Dirección Postal (si es diferente de su dirección residencial)

Ciudad, Estado, Código Postal

¿En qué ciudad o condado vive?

Dirección de Correo Electrónico

Número de Teléfono Principal

Número de Teléfono Alternativo

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Somalí | <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Kurdo | <input type="checkbox"/> Alemán | |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Japonés | |

Método Primario de Correspondencia

Si desea recibir mensajes de texto o correo electrónico notificándole que puede acceder a algunos avisos sobre sus beneficios electrónicamente a través de CommonHelp (www.CommonHelp.Virginia.gov), seleccione una de las opciones a continuación. Consigne un número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija un método electrónico preferido de correspondencia, se utilizará para todos los programas del caso relacionado con la solicitud. Si no elige recibir notificación por mensaje de texto o correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del correo de los EE. UU. Si completa esta solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará toda la correspondencia por correo. El solicitante puede ponerse en contacto con el departamento local de servicios sociales para conocer cómo cambiar el método de correspondencia.

Mensaje de Texto Correo Electrónico Número de Teléfono Celular _____ Dirección de Correo Electrónico _____

- SÍ NO 1. ¿Alguna vez usted o alguien incluido en su solicitud solicitaron o recibieron, o reciben actualmente algún beneficio de una agencia de servicios sociales, incluidos SNAP (cupones de alimentos), TANF, Medicaid, Ayuda General, Subvención Auxiliar, Cuidado de Tutela, Asistencia de Adopción o Asistencia en Efectivo para Refugiados? Si la respuesta es **SÍ**, ingrese la siguiente información.
Nombre: _____ Tipo de Beneficio Recibido: _____
Cuándo: _____ De qué Condado, Ciudad o Estado: _____
- SÍ NO 2. ¿Alguna vez a usted o alguien incluido en su solicitud lo condenaron por hacer declaraciones falsas o engañosas sobre su identidad o dirección por recibir TANF, SNAP o Medicaid en dos o más estados al mismo tiempo? Si la respuesta es **SÍ**, indique la fecha y el lugar de la condena. _____
- SÍ NO 3. ¿Alguna vez a usted o alguien incluido en su solicitud se lo descalificó para participar en TANF, SNAP o Medicaid? Si la respuesta es **SÍ**, indique la fecha y el lugar de todas las descalificaciones. _____
- SÍ NO 4. ¿Usted o alguien incluido en su solicitud violan la libertad bajo palabra o condicional, o son fugitivos para evitar el enjuiciamiento o castigo de un delito grave? Si la respuesta es **SÍ**, explique _____
- SÍ NO 5. ¿Alguna vez usted o alguien incluido en su solicitud recibieron una condena por un delito grave como adulto después del 8 de febrero de 2014 por lo siguiente?:
- a. ¿Abuso sexual agravado según el Título 18 del Código de los Estados Unidos (USC), Sección 2241 o un delito estatal similar? SÍ NO
 - b. ¿Asesinato según el Título 18 del USC, Sección 1111 o un delito estatal similar? SÍ NO
 - c. ¿Un delito según el Título 18 del USC, Capítulo 110 (explotación sexual y otros abusos de niños) o un delito estatal similar? SÍ NO
 - d. ¿Un delito federal o estatal que involucre agresión sexual, como se define en la Sección 40002 (a) de la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994 (42 USC 13925 (a))? SÍ NO
- Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es **SÍ**, ¿quién? _____
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es **SÍ**, ¿cumple con los términos de la sentencia? SÍ NO

B. COMPOSICIÓN DEL HOGAR: Esta sección incluye información sobre todas las personas que viven en su hogar, incluso si no solicita la asistencia para esa persona. Puede dejar el número de Seguro Social en blanco si no solicita asistencia para la persona. Primero indique sus propios datos.

1

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Usted

Relación con usted _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Número de Seguro Social: _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino

¿Es ciudadano estadounidense? Sí No

Estado Civil: Casado Nunca se casó

Si la respuesta es No, estado migratorio: _____

Separado Divorciado Viudo

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___

Grado Más Alto Completado: _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Nombre de la Escuela si es Estudiante: _____

¿Es discapacitado o está embarazada? Sí No

¿Es un veterano o dependiente? Sí No :

¿Vive temporalmente lejos de su hogar? Sí No

Programa(s) solicitado(s):

Fecha de Partida ___/___/___ Fecha Esperada de Regreso ___/___/___

Ninguno AG GR RCA SNAP
 TANF TANF DA o EA TANF--No SNAP

Motivo por estar lejos de su hogar:

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que correspondan.

Origen Étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino

Herencia Racial: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Asiático y Negro/Afroamericano Asiático y Blanco
 Indio Americano/Nativo de Alaska. Negro/Afroamericano y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro Otro/Desconocido

2

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Relación con el Solicitante _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Número de Seguro Social: _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino

¿Esta persona es ciudadana estadounidense? Sí No

Estado Civil: Casado Nunca se casó

Si la respuesta es No, estado migratorio: _____

Separado Divorciado Viudo

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___

Grado Más Alto Completado: _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Nombre de la Escuela si es Estudiante: _____

¿Esta persona es discapacitada o está embarazada? Sí No

¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No :

¿Esta persona se encuentra temporalmente lejos de su hogar? Sí No

Programa(s) Solicitado(s):

Fecha de Partida ___/___/___ Fecha Esperada de Regreso ___/___/___

Ninguno AG GR RCA SNAP
 TANF TANF DA o EA TANF--No SNAP

Motivo por estar lejos de su hogar:

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que correspondan.

Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Herencia Racial: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Asiático y Negro/Afroamericano Asiático y Blanco
 Indio Americano/Nativo de Alaska. Negro/Afroamericano y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro Otro/Desconocido

3

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Relación con el Solicitante _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Número de Seguro Social: _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino

¿Esta persona es ciudadana estadounidense? Sí No

Estado Civil: Casado Nunca se casó

Si la respuesta es No, estado migratorio: _____

Separado Divorciado Viudo

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___

Grado Más Alto Completado: _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Nombre de la Escuela si es Estudiante: _____

¿Esta persona es discapacitada o está embarazada? Sí No

¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No :

¿Esta persona se encuentra temporalmente lejos de su hogar? Sí No

Programa(s) Solicitado(s):

Fecha de Partida ___/___/___ Fecha Esperada de Regreso ___/___/___

Ninguno AG GR RCA SNAP
 TANF TANF DA o EA TANF--No SNAP

Motivo por estar lejos de su hogar:

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que correspondan.

Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Herencia Racial: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Asiático y Negro/Afroamericano Asiático y Blanco
 Indio Americano/Nativo de Alaska. Negro/Afroamericano y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro Otro/Desconocido

COMPOSICIÓN DEL HOGAR (continuación)

Si necesita más espacio para enumerar a los miembros de su hogar, solicite otro formulario o escriba la información en una hoja aparte.

4

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Relación con el Solicitante _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Número de Seguro Social: _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino¿Esta persona es ciudadana estadounidense? Sí NoEstado Civil: Casado Nunca se casó

Si la respuesta es No, estado migratorio: _____

 Separado Divorciado Viudo

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___

Grado Más Alto Completado: _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Nombre de la Escuela si es Estudiante: _____

¿Esta persona es discapacitada o está embarazada? Sí No¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No :¿Esta persona se encuentra temporalmente lejos de su hogar? Sí No

Programa(s) Solicitado(s):

 Ninguno AG GR RCA SNAP
 TANF TANF DA o EA TANF--No SNAPFecha de Partida ___/___/___ Fecha Esperada de Regreso ___/___/___
Motivo por estar lejos de su hogar: _____**Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que correspondan.**Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/LatinoHerencia Racial: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Asiático y Negro/Afroamericano Asiático y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska. Negro/Afroamericano y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro Otro/Desconocido

5

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Relación con el Solicitante _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Número de Seguro Social: _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino¿Esta persona es ciudadana estadounidense? Sí NoEstado Civil: Casado Nunca se casó

Si la respuesta es No, estado migratorio: _____

 Separado Divorciado Viudo

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___

Grado Más Alto Completado: _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Nombre de la Escuela si es Estudiante: _____

¿Esta persona es discapacitada o está embarazada? Sí No¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No :¿Esta persona se encuentra temporalmente lejos de su hogar? Sí No

Programa(s) Solicitado(s):

 Ninguno AG GR RCA SNAP
 TANF TANF DA o EA TANF--No SNAPFecha de Partida ___/___/___ Fecha Esperada de Regreso ___/___/___
Motivo por estar lejos de su hogar: _____**Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que correspondan.**Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/LatinoHerencia Racial: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Asiático y Negro/Afroamericano Asiático y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska. Negro/Afroamericano y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro Otro/Desconocido

6

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Relación con el Solicitante _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Número de Seguro Social: _____

Ciudad, Estado, País de Nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino¿Esta persona es ciudadana estadounidense? Sí NoEstado Civil: Casado Nunca se casó

Si la respuesta es No, estado migratorio: _____

 Separado Divorciado Viudo

Fecha de Residencia en los EE. UU.: ___/___/___

Grado Más Alto Completado: _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Nombre de la Escuela si es Estudiante: _____

¿Esta persona es discapacitada o está embarazada? Sí No¿Esta persona es veterano o dependiente? Sí No :¿Esta persona se encuentra temporalmente lejos de su hogar? Sí No

Programa(s) Solicitado(s):

 Ninguno AG GR RCA SNAP
 TANF TANF DA o EA TANF--No SNAPFecha de Partida ___/___/___ Fecha Esperada de Regreso ___/___/___
Motivo por estar lejos de su hogar: _____**Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que correspondan.**Origen Étnico: Hispano/Latino No Hispano/LatinoHerencia Racial: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Asiático y Negro/Afroamericano Asiático y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska. Negro/Afroamericano y Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro Otro/Desconocido

C. INGRESOS

1. ¿Usted o alguna persona que viva con usted reciben o esperan recibir cualquiera de los siguientes tipos de ingresos por el trabajo? Incluya dinero de todos los trabajos que tiene ahora o espera comenzar: de tiempo completo, parcial, estacional, temporal, independiente. Responda Sí o No a continuación y proporcione la información solicitada:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <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"/> | <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"/> |

a.	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador
Cantidad de Horas por Semana	Frecuencia de Pago	Cronograma de Pago
Fecha de Inicio del Empleo	Fecha del Próximo Pago (mm-dd-aaaa)	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
		<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes
		<input type="checkbox"/> Otra

b.	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Empleador
Cantidad de Horas por Semana	Frecuencia de Pago	Cronograma de Pago
Fecha de Inicio del Empleo	Fecha del Próximo Pago (mm-dd-aaaa)	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
		<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes
		<input type="checkbox"/> Otra

SÍ NO 2. ¿Alguien ha sido despedido, suspendido, se ausentó por enfermedad o maternidad, participó de una huelga, renunció a su empleo o le redujeron las horas trabajadas en los últimos 60 días? Si la respuesta es **SÍ**, indique el nombre y explique: _____

3. ¿Usted o alguna persona que vive con usted (incluidos los niños) reciben o esperan recibir cualquiera de los siguientes? Responda sí o no a continuación y proporcione la información solicitada:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <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"/> | <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"/> | <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"/> |
| <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"/> |

a.	Nombre de la Persona	\$	Importe	Tipo de Dinero o Ayuda	¿Con qué frecuencia lo recibe?
b.	Nombre de la Persona	\$	Importe	Tipo de Dinero o Ayuda	¿Con qué frecuencia lo recibe?
c.	Nombre de la Persona	\$	Importe	Tipo de Dinero o Ayuda	¿Con qué frecuencia lo recibe?

SÍ NO 4. ¿Alguna persona además de las personas en su caso paga directamente por usted, lo ayuda a pagar o le presta dinero para pagar el alquiler, los servicios públicos, las facturas médicas o cualquier otra factura? ¿O alguna persona le suministra comida, alojamiento o ropa para usted u otra persona de forma regular? Si la respuesta es **SÍ**, indique el nombre, importe y explique: _____

SÍ NO 5. ¿Alguna persona tiene un gasto de guardería para un niño, cuidado de un adulto mayor o con discapacidad? Si la respuesta es **SÍ**, indique el nombre, importe y explique: _____

SÍ NO 6. ¿Alguna persona paga manutención infantil legalmente obligada a alguien que no es miembro del hogar? Si la respuesta es **SÍ**, indique el nombre de la persona que paga, la persona que recibe la manutención y el importe: _____

D. RECURSOS

No tiene que completar esta sección si solo solicita TANF. De lo contrario, responda para todos los que incluye en la solicitud. Incluya cualquier recurso que posea una persona o que sea de propiedad conjunta con otra persona, incluso si esa persona no vive con usted. Consigne los nombres de todos los copropietarios.

1. ¿Usted o alguna persona que vive con usted tiene alguno de los siguientes recursos o activos?

- | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|---|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo \$ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta corriente, caja de ahorros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cooperativa de crédito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 401K, 403B, etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pagarés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fondos del mercado monetario |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta Individual de Jubilación (IRA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Club navideño | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Escrituras de fideicomiso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Plan de Compensación Diferida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Obsequio Uniforme a Cuenta de Menores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Plan Keogh | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Certificado de Depósito (CD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Acciones o bonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Planes de pensiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuenta ABLE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |

— Si responde **Sí a alguno de los anteriores**, proporcione la siguiente información:

a.

Nombre del Propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre del Copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)
Nombre del Banco o Institución	Tipo de Cuenta
Dirección del Banco o Institución	Número de Cuenta
	\$ Saldo

b.

Nombre del Propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre del Copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)
Nombre del Banco o Institución	Tipo de Cuenta
Dirección del Banco o Institución	Número de Cuenta
	\$ Saldo

- Sí NO 2. ¿Alguna persona ha recibido o espera recibir ganancias de \$4,250 o más de lotería o juegos de azar? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____
- Sí NO 3. ¿Alguna persona ha vendido, transferido o regalado algún recurso en los últimos 3 meses (para SNAP) o en los últimos 3 años (para Subvenciones Auxiliares)? Si la respuesta es **SÍ**, explique: _____

E. ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) (SOLICITE UNA PÁGINA ADICIONAL SI NECESITA MÁS ESPACIO)

<p>1. INFORMACIÓN DEL NIÑO/PADRE.</p> <p>Enumere cada niño para el que solicite asistencia. A continuación, consigne los nombres del padre y la madre.</p> <p>Debe identificar al padre y la madre para recibir TANF. Si intencionalmente ingresa la identificación incorrecta de uno de los padres, se lo puede procesar.</p>	<p>2. INMUNIZACIÓN</p> <p>(Responda solo si solicita TANF)</p> <p>¿El niño ha recibido TODAS las vacunas requeridas de acuerdo con su edad?</p> <p>Marque (✓) Sí O No O No sabe</p>
Nombre del Niño	Sí () No () No sabe ()
Madre	
Padre	
Nombre del Niño	Sí () No () No sabe ()
Madre	
Padre	
Nombre del Niño	Sí () No () No sabe ()
Madre	
Padre	
Nombre del Niño	Sí () No () No sabe ()
Madre	
Padre	

F. ASISTENCIA DE RECUPERACIÓN/ASISTENCIA DE EMERGENCIA TANF

- SÍ NO 1. ¿Su hogar tiene una necesidad de emergencia relacionada con las necesidades básicas (alimento, alojamiento, artículos de alojamiento, potencial desalojo, gastos médicos, gastos de cuidado infantil o costos asociados con obtener o mantener el empleo, incluidos los costos de transporte)? Si la respuesta es **SÍ**, indique la fecha y explique a continuación.
- SÍ NO 2. ¿Alguna persona tiene necesidades de emergencia que resultan de un desastre natural o incendio, como la sustitución de ropa, o la reparación o sustitución de equipos domésticos y suministros que fueron destruidos? Si la respuesta es **SÍ**, explique a continuación.
- SÍ NO 3. ¿Su hogar ha experimentado una pérdida involuntaria o reducción de ingresos (excepto TANF/Asistencia en Efectivo para Refugiados) en los seis meses anteriores a la fecha de solicitud?
- SÍ NO 4. ¿Su hogar tiene un retraso para comenzar a recibir ingresos que resultan en la emergencia actual? (Los ingresos deben comenzar dentro de los 60 días siguientes a la fecha de solicitud). Si la respuesta es **SÍ**, ¿quién?

Fecha, descripción y causa de la emergencia:

G. BENEFICIOS DE SNAP

- 1. Consigne el nombre de la persona que es el jefe de su hogar: _____.
- SÍ NO 2. ¿Alguna persona que vive en su casa NO está incluida en su solicitud de SNAP? Si la respuesta es **SÍ**, ¿usted y todas las personas incluidas en la solicitud generalmente compran y preparan comidas aparte de estas personas? O bien, ¿tienen la intención de hacerlo si se aprueba su solicitud de beneficios de SNAP? Marque (✓) SÍ NO
- SÍ NO 3. ¿Alguna persona que vive en su casa le alquila una habitación (un inquilino) o se le proporciona una habitación y comida (un huésped)? Si la respuesta es **SÍ**, escriba los nombres: _____
- SÍ NO 4. ¿Hay alguna persona de 60 años en adelante o con aprobación para recibir Medicaid debido a una discapacidad o recibir algún tipo de pago por discapacidad? Si la respuesta es **SÍ**, enumere todos los gastos médicos actuales para estas personas.

Miembro del Hogar con Gastos Médicos	Tipo de Gasto	Importe	Nombre del Médico, Hospital, Farmacia

- SÍ NO 5. ¿Tiene alguno de los siguientes gastos de alojamiento? Si la respuesta es **SÍ**, enumere sus gastos actuales. Marque (✓) aquí si estos gastos son para una casa en la que no vive.

Gasto	Importe Facturado	¿Cuál es la frecuencia de facturación?	¿Quién es responsable de pagar la factura?
Alquiler/Hipoteca			
Impuestos/Seguros			
Electricidad			
Gas/Combustible/Queroseno/Carbón/Madera			
Agua/Alcantarillas/Residuos			
Teléfono			
Instalación			

- 6a ¿Cómo calefacciona su hogar? _____
- SÍ NO 6b ¿Tiene aire acondicionado en su hogar?
- SÍ NO 6c ¿Recibió asistencia de energía/combustible durante este último año mientras vivía en su hogar actual?
- SÍ NO 6d ¿Actualmente se aloja de manera temporal en la casa de otra persona, un alojamiento de emergencia, un hotel de bienestar, otra vivienda temporal o un lugar que por lo general no se usa para dormir? Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuál es el importe mensual por permanecer allí? _____
Si se aloja temporalmente en la casa de otra persona, ¿cuándo se mudó allí? _____

H. SUBVENCIONES AUXILIARES (AG)

- SÍ NO 1 ¿Vive en un centro de vida asistida, un hogar de acogida para adultos, un centro de enfermería u otra institución?
Si la respuesta es **SÍ**, Fecha de Ingreso del Solicitante _____
Ciudad/Condado y Estado donde vivió antes de ingresar a la institución _____
Si es fuera de Virginia, ¿la colocación fue hecha por una agencia gubernamental? SÍ NO
- SÍ NO 2 ¿Ha solicitado o solicita una vivienda de apoyo?
- SÍ NO 3 ¿Tiene un cónyuge que no vive en el hogar? Si la respuesta es **SÍ**, ingrese el nombre y la dirección del cónyuge.

- SÍ NO 4. ¿Ha vivido en Virginia durante los últimos 90 días?
- SÍ NO 5 ¿Debe o pagó alguna factura que haya tenido en el mes de ingreso a un centro de vida asistida o cuidado de acogida para adultos?
- SÍ NO 6. ¿Tiene alguna factura médica pendiente de pago por los tres meses anteriores al mes de solicitud?

Descripción de las Facturas	Fechas de las Facturas	Fechas de Pago de las Facturas

- SÍ NO 7. ¿Es dueño de bienes domésticos o efectos personales por valor de más de \$500, como plata, porcelana fina, pieles, obras de arte, joyas u otros artículos mantenidos por su valor o como inversión?

Descripción y Valor de los Artículos

- SÍ NO 8. ¿Tiene parcelas de entierro, arreglos de entierro o fondos fiduciarios para el entierro?

Propietario(s)	Cantidad de parcelas Tipo de Arreglo:	Dónde	Valor \$ Importe Adeudado \$	Fecha de la Adquisición
Propietario(s)	Contrato de entierro Tipo de acuerdo: <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/> Revocable	Fideicomisario/Autoridad/Funeraria:	Fondos requeridos \$	Cantidad pagada \$
Otra información				

- SÍ NO 9. ¿Alguna persona es propietaria de bienes personales, como casas rodantes/remolques, barcos no motorizados, remolques utilitarios, herramientas, equipos, suministros o ganado?

Propietario(s)	Tipo	¿Este bien se utiliza en su negocio o comercio, incluida la agricultura? Sí () NO ()	Valor	Importe Adeudado	Fecha de la Adquisición

- SÍ NO 10. ¿Alguna persona es propietaria de bienes inmuebles, incluidas propiedades vitícolas, heredadas, terrenos, edificios o casas móviles?
Si la respuesta es **SÍ**, ¿vive allí? Marque (✓): SÍ NO

Propietario(s)	Tipo	SÍ () NO () ¿Actualmente está alquilado? SÍ () NO () ¿Produce ingresos? SÍ () NO () ¿Actualmente está a la venta?	Valor \$	Importe Adeudado \$	Fecha de la Adquisición

- SÍ NO 11. ¿Alguna persona es propietaria de vehículos, tales como automóviles, camiones, camionetas, lanchas a motor, casas rodantes, vehículos recreativos o motocicletas/ciclomotores?

Propietario(s)	Tipo, marca, modelo, año	¿Actualmente tiene licencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Número de identificación del vehículo Número de licencia # #	Importe Adeudado \$ \$	¿Cómo se usa?	Fecha de la Adquisición

H. SUBVENCIONES AUXILIARES (AG) continuación

- SÍ NO 12. ¿Alguna persona tiene un seguro de vida? Si la respuesta es **SÍ**, proporcione información sobre cada póliza. Enumere cada póliza por separado. Adjunte otra hoja si es necesario.

Propietario	Persona Asegurada	Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Vida completo <input type="checkbox"/> A término	Valor nominal \$	Valor en Efectivo \$
Nombre de la Compañía	Número de Póliza			
Propietario	Persona Asegurada	Tipo de Seguro <input type="checkbox"/> Vida completo <input type="checkbox"/> A término	Valor nominal \$	Valor en Efectivo \$
Nombre de la Compañía	Número de Póliza			
Propietario	Persona Asegurada	Tipo de Seguro <input type="checkbox"/> Vida completo <input type="checkbox"/> A término	Valor nominal \$	Valor en Efectivo \$
Nombre de la Compañía	Número de Póliza			

Una solicitud de AG también es una solicitud de Medicaid. Las siguientes preguntas ayudarán a determinar la elegibilidad de Medicaid a través del Departamento de Servicios Sociales o la posible elegibilidad para Créditos de Impuestos de Prima Avanzada (APTC) para un seguro de salud privado a través del Mercado Federal (Healthcare.gov).

- SÍ NO 13. ¿Alguien tiene seguro de salud? Si la respuesta es **Sí**, complete lo siguiente:

Titular de la Póliza:	Persona(s) Asegurada(s):
Nombre, Dirección y Teléfono de la Compañía:	
Tipo de Cobertura:	Fecha de Inicio: / / Fecha de Finalización: : / /
Número de identificación:	Monto de la prima: \$

- SÍ NO 14. ¿Alguien tiene Medicare?

Persona Asegurada	Número de Reclamo	Cobertura
		<input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B
		<input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B

15. Consigne los nombres de todas las personas que espera incluir en su declaración de impuestos para este año, ya sea que vivan o no en la misma casa que usted. Para cualquier persona en el hogar que no presente impuestos y no aparezca en la declaración de impuestos de otra persona, consigne esos nombres en " Persona(s) No Declarante(s)".

Persona Declarante de Impuestos:	
Contribuyente Conjunto:	
Dependiente(s) de Impuestos:	
Persona(s) No Declarante(s):	

I. REPRESENTANTE AUTORIZADO

Un representante autorizado puede solicitar beneficios en su nombre o recibir copias de los avisos de su programa. Su representante también puede recibir y usar sus beneficios de SNAP en su nombre. Si desea nombrar a un representante autorizado, proporcione la información a continuación sobre el representante y lo que desea que el representante haga en su nombre. Tenga en cuenta que es posible que solo tenga un representante que pueda acceder a sus beneficios.

Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Representante Autorizado	Marque (✓) cada función autorizada para esa persona
	<input type="checkbox"/> Solicitar los beneficios <input type="checkbox"/> Recibir correspondencia <input type="checkbox"/> Acceder a los beneficios de SNAP o utilizarlos
	<input type="checkbox"/> Solicitar los beneficios <input type="checkbox"/> Recibir correspondencia <input type="checkbox"/> Acceder a los beneficios de SNAP o utilizarlos

**INFORMES DE CAMBIOS, RESPONSABILIDADES Y MULTAS
(LEA ESTA SECCIÓN CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR ESTA SOLICITUD)**

INFORMES DE CAMBIOS

Debe informar de los cambios que se producen. Lo que necesita informar y cuándo debe hacerlo varía según cada programa como se indica a continuación o en la página siguiente para SNAP.

TANF/Asistencia en Efectivo para Refugiados: Informe dentro de los 10 días, pero antes del día 10 del mes posterior al cambio. Informe estos cambios:

- El ingreso de su hogar supera el 130% del nivel federal de pobreza. Consulte el Informe de Cambios o el Aviso de Acción para obtener el monto o visite www.dss.virginia.gov.
- Si cambia su dirección.
- Si una persona elegible sale o entra en el hogar.
- Cambios que pueden afectar su participación en VIEW, como cambios en los ingresos, el empleo, la educación, la capacitación, el transporte y el cuidado infantil.

Ayuda General-Niño Sin Relación: Informe el día en que ocurre el cambio o el primer día que la agencia está abierta después de que ocurra el cambio. Informe estos cambios:

- Si cambia su dirección.
- Si cambia el importe de sus ingresos mensuales.
- Si hay otros cambios que pueden afectar la elegibilidad.

Subvenciones Auxiliares: Informe los cambios dentro de los 10 días. Informe estos cambios:

- Si cambia su dirección.
- Si cambia el importe de sus ingresos mensuales.
- Si hay cambios en sus recursos, incluida la transferencia de activos/bienes o en cualquier vehículo motorizado de su propiedad.

SANCIONES POR VIOLACIONES DE TANF Y ASISTENCIA EN EFECTIVO PARA REFUGIADOS (RCA)

No debe proporcionar información falsa a sabiendas, ocultar información o no informar los cambios a tiempo para recibir TANF o RCA, ni para recibir servicios de apoyo o de transición, como cuidado infantil o asistencia con el transporte.

Si se lo declara culpable de violar intencionalmente estas reglas, será inelegible para recibir TANF o RCA para usted durante 6 meses (1ª violación), 12 meses (2ª violación) o de forma permanente (3ª violación). Además, puede ser procesado según la legislación federal o estatal.

Cualquier persona condenada por tergiversar su residencia para obtener beneficios de TANF, Medicaid, SNAP o SSI en dos o más estados no es elegible para TANF por 10 años.

INFORMACIÓN SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Hay información y servicios sobre violencia doméstica disponibles para cualquier persona que experimente violencia o abuso por parte de su pareja. Si está en peligro inmediato, llame al 911. Si desea hablar, enviar un mensaje de texto o chatear con alguien que entienda estos problemas o para obtener información sobre los servicios y las opciones de seguridad, comuníquese con la Línea Directa Estatal de Virginia.

- Llame y hable con un defensor sin cargo al 1-800-838-8238. (Nota: Hay intérpretes disponibles para más de 200 idiomas a través de la Línea de Idiomas).
- Comuníquese por mensajes de texto con un defensor al 804-793-9999.
- Chatee con un defensor en <https://www.vadata.org/chat/>. (El chat funciona mejor en una computadora o tableta).
- Llame y hable con un defensor - Línea de Ayuda LGBTQ: 1-866-356-6998

SNAP INFORMES DE CAMBIOS, RESPONSABILIDADES Y MULTAS
(LEA ESTA SECCIÓN CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR ESTA SOLICITUD)

Debe informar los cambios que se producen para SNAP, pero lo que debe informar está vinculado a cuánto tiempo se determina que es elegible para los beneficios, el período de certificación. Debe informar de los cambios que se producen durante el período de certificación en un plazo de 10 días, pero antes del día 10 del mes posterior a que se produzca el cambio.

Los cambios que necesite informar durante el período de certificación de SNAP dependerán de la duración del período de certificación. El "Informe Simplificado" se aplica a los hogares que son elegibles para los beneficios de SNAP por cinco (5) meses o más. El "Informe de Cambios" se aplica a los hogares que son elegibles por un (1) mes a cuatro (4) meses. A continuación, se enumeran los cambios que deben informarse para cada categoría.

PRESENTACIÓN DE INFORMES PROVISIONALES

Además de informar los cambios cuando ocurren durante el período de certificación de SNAP, los hogares que presentan informes simplificados pueden estar obligados a presentar un informe provisional en el sexto o duodécimo mes. El informe provisional se utiliza para determinar la cantidad de beneficios de SNAP que los hogares recibirán durante la segunda mitad del período de certificación. El informe provisional ofrece una descripción de las circunstancias domésticas que se presentaron en el momento de la solicitud. Solicitaremos pruebas de los cambios en los ingresos y los cambios en las obligaciones legales para pagar la manutención de los hijos. Si los hogares no devuelven el Informe provisional completo antes del quinto mes, los beneficios de SNAP para el séptimo o decimotercer mes pueden retrasarse o cerrarse. La asistencia para presentar el Informe Provisional está disponible llamando al número de teléfono impreso en el formulario.

REQUISITOS DE INFORMES – HOGARES CON INFORMES SIMPLIFICADOS

Con certificación de cinco meses o más, los hogares deben informar lo siguiente:

- La cantidad de horas de trabajo es inferior a 20 por semana para cualquier persona entre las edades de 18-49 si no hay niños en su hogar SNAP;
- Tiene ganancias de lotería o apuestas de \$4,250 o más; o
- Todos los ingresos de su hogar, antes de impuestos, supera el 130% del nivel federal de pobreza. Consulte el Informe de Cambios o el Aviso de Acción para obtener el monto o visite www.dss.virginia.gov.

REQUISITOS DE INFORMES – HOGARES CON INFORMES DE CAMBIOS

Con certificación de cuatro meses o menos, los hogares deben informar lo siguiente:

- Hay un cambio en la cantidad de personas en su hogar;
- Su dirección cambia, incluidos los gastos de alojamiento que cambian como resultado de la mudanza;
- La obligación de pagar la manutención de los hijos cambia o la cantidad pagada a alguien fuera del hogar;
- Sus recursos líquidos, como cuentas bancarias, efectivo, bonos, etc. son de \$2,750 o \$4,250 o más;
- Tiene ganancias de lotería o apuestas de \$4,250 o más;
- La cantidad de horas de trabajo es inferior a 20 por semana para cualquier persona entre las edades de 18-50 si no hay niños en el hogar; o
- Hay cambios en los ingresos:
 - Hay cambios en los ingresos de más de \$125 pero, no tiene que informarnos si sus ingresos de TANF cambian y si su caso de TANF está en Virginia;
 - La fuente de sus ingresos cambia, incluso si comienza o deja un trabajo; o
 - Su trabajo cambia de tiempo completo a tiempo parcial o de tiempo parcial a tiempo completo.

RESPONSABILIDADES Y SANCIONES DE SNAP POR VIOLACIONES

Usted no debe hacer lo siguiente:

- **proporcionar información falsa u ocultar información para obtener los beneficios de SNAP;**
- **comerciar o vender tarjetas EBT ni intentar comerciar o venderlas;**
- **utilizar los beneficios de SNAP para comprar artículos no alimentarios, como alcohol, tabaco o productos de papel;**
- **usar la tarjeta EBT de otra persona para su hogar;**
- **comprar un artículo y desechar el contenido con el fin de obtener el depósito de devolución por el envase;**
- **revender un producto comprado por dinero en efectivo o cambiar un producto comprado por una contraprestación distinta de los alimentos elegibles; o**
- **comprar alimentos a crédito.**

Si infringe intencionalmente alguna de estas reglas, se le podría prohibir obtener beneficios de SNAP por 12 meses (1ª violación), 24 meses (2ª violación) o de forma permanente (3ª violación); multar con hasta \$250,000, encarcelar hasta 20 años, o ambos; y suspender por 18 meses adicionales y procesar en virtud de otras leyes estatales y federales.

Si intencionalmente brinda información falsa u oculta información sobre identidad o residencia para obtener beneficios de SNAP en más de una localidad al mismo tiempo, podría ser excluido por 10 años.

Si recibe una condena del tribunal por comerciar o vender beneficios de SNAP de \$500.00 o más, podría ser excluido de forma permanente.

Si recibe una condena en un tribunal por intercambiar beneficios de SNAP por una sustancia controlada, podría ser excluido por 24 meses por la 1ª violación y de forma permanente por la 2ª violación.

Si un tribunal lo condena por intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos, se lo podría excluir de forma permanente por la primera violación.

AL FIRMAR DEBAJO, DECLARO QUE:

- Leí la información al comienzo de esta solicitud y la sección de Informes de Cambios y Sanciones de esta solicitud.
- Entiendo que, si me niego a cooperar con cualquier revisión de mi elegibilidad, incluida una revisión por parte de Garantía de calidad, se me pueden negar mis beneficios hasta que coopere.
- Entiendo que, si mi solicitud es para beneficios de SNAP, la falta de informar o verificar cualquiera de mis gastos será vista como una declaración de mi hogar de que no quiero recibir una deducción por estos gastos.
- He proporcionado información verdadera y correcta sobre esta aplicación a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa, retengo información o no informo un cambio con prontitud o intencionalmente, puedo estar violando la ley y podría ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude de asistencia social. Entiendo que, si ayudo a alguien a completar este formulario para obtener beneficios a los que no tiene derecho, puedo estar violando la ley y podría ser procesado.
- Como condición para recibir TANF, acepto ceder todos mis derechos a la ayuda financiera que recibo y de cualquier persona por quien reciba TANF. Después de que se apruebe mi solicitud para TANF, acepto entregar todos los pagos de manutención que reciba a la División de Cumplimiento de Manutención de Menores.
- Autorizo al Departamento de Servicios Sociales y a los contratistas de servicios para refugiados a obtener cualquier verificación necesaria para determinar y revisar la elegibilidad de asistencia financiera. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación. Entiendo que este límite de tiempo no se aplica mientras mi caso de asistencia médica esté abierto o a las investigaciones sobre posibles fraudes.
- Como solicitante de subvenciones auxiliares, entiendo que se evaluará mi solicitud para Medicaid. Acepto asignar mis derechos a la manutención médica y otros pagos de terceros al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS). También acepto ceder los derechos de cualquier persona para la que solicito Subvenciones Auxiliares a la ayuda médica y otros pagos de terceros a DMAS. Si no estoy de acuerdo en ceder estos derechos, no seré elegible para Medicaid.
- Entiendo que, en la medida permitida por la ley federal, la información sobre esta solicitud puede compartirse con organismos dependientes de la Secretaría de Salud y Recursos Humanos de Virginia. La información sobre los solicitantes y destinatarios de los servicios puede compartirse para: 1) optimizar los procesos administrativos y reducir las cargas administrativas de los organismos; 2) reducir los trámites y las cargas administrativas de los solicitantes y los destinatarios; y 3) mejorar el acceso y la calidad de los servicios prestados por los organismos.
- Entiendo que diferentes organismos estatales proporcionan diferentes servicios y beneficios. Cada organismo debe tener información específica para determinar los servicios y beneficios de elegibilidad.
 Permiso **No permito** que el Departamento de Servicios Sociales divulgue cierta información sobre mi persona a otras agencias estatales, incluida la información en bases de datos electrónicas, con el fin de determinar mi elegibilidad para los beneficios/servicios proporcionados por ese organismo. Esta divulgación facilitará que los organismos trabajen juntos de manera eficiente para proporcionar o coordinar servicios y beneficios. Entre esos organismos se encuentran el Departamento de Salud y el Departamento de Servicios para la Tercera Edad y Rehabilitación. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación a mi trabajador de elegibilidad.

Completé esta solicitud solo **SÍ** **NO**. Si la respuesta es **NO**, me la leyeron cuando se completó. **SÍ** **NO**.

Firma o Marca del Solicitante

Fecha

Testigo de la Marca o Intérprete

Fecha

Firma del Cónyuge o Representante Autorizado

Fecha

Complete la sección a continuación si otra persona completó esta solicitud para el solicitante.

Nombre de la Persona que Completa la Solicitud

Fecha

Dirección

Teléfono Principal

Teléfono Alternativo

Relación con el Solicitante

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

Nombre del caso	Número de caso	Localidad
Fecha de recepción	Fecha de la entrevista: <input type="checkbox"/> En la oficina <input type="checkbox"/> Teléfono	
Entrevistador	Programa(s)	