

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) PARA AGREGAR NUEVOS MIEMBROS PARA RECIBIR LA ASISTENCIA

Esta es una solicitud para agregar nuevos miembros de la unidad de asistencia al Programa TANF. Estos nuevos miembros se incorporaron a la unidad familiar desde que se presentó la última solicitud. Puede presentar esta solicitud ante la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o enviarla por correo a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales.

A. Su Información de Contacto

Su Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
Su Dirección Residencial (incluir 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

B. Información del Nuevo Miembro del Hogar

Proporcione la siguiente información para los nuevos miembros del hogar que está informando por primera vez o para los nuevos miembros que informó verbalmente en su solicitud original o en la revisión de elegibilidad más reciente.

1. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Relación con usted	Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)
Número del Seguro Social: _____	Asistencia Solicitada: <input type="checkbox"/> Beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguna	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lugar de Nacimiento: _____ (Ciudad, estado, país)	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca estuvo casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	¿Esta Persona es Ciudadana de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No — Si no es Ciudadano de los EE. UU., ¿cuál es su situación?	
¿Esta Persona es Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí , nombre de la escuela _____	Número de Registro de Extranjero _____	
Grado Más Alto Completado _____	Fecha en que comenzó a vivir en los EE. UU. (mm-dd-aaaa) ____/____/____	

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

Origen Étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino
Herencia Racial: Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca
 Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida

2. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Relación con usted	Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)
Número del Seguro Social: _____	Asistencia Solicitada: <input type="checkbox"/> Beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguna	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lugar de Nacimiento: _____ (Ciudad, estado, país)	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca estuvo casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	¿Esta Persona es Ciudadana de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No — Si no es Ciudadano de los EE. UU., ¿cuál es su situación?	
¿Esta Persona es Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí , nombre de la escuela _____	Número de Registro de Extranjero: _____	
Grado Más Alto Completado: _____	Fecha en que comenzó a vivir en los EE. UU. (mm-dd-aaaa) ____/____/____	

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

Origen Étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino
Herencia Racial: Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca
 Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida

3.

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

Relación con usted _____

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) _____

Número del Seguro Social: _____

Asistencia Solicitada: Beneficios de SNAP TANF Ninguna

Género: Masculino Femenino

Lugar de Nacimiento: _____
(Ciudad, estado, país)

Estado Civil: Casado Nunca estuvo casado
 Separado Divorciado Viudo

¿Esta Persona es Ciudadana de los EE. UU.? Sí No
— Si no es ciudadano de los EE. UU., ¿cuál es su situación?

¿Esta Persona es Estudiante? Sí No
Si la respuesta es sí, nombre de la escuela _____

Número de Registro de Extranjero: _____

Grado Más Alto Completado: _____

Fecha en que comenzó a vivir en los EE. UU. (mm-dd-aaaa) ___/___/___

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

Origen Étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino

Herencia Racial: Blanca Negra/Afroamericana Asiática Asiática y Negra/Afroamericana Asiática y Blanca
 Indio americano/Nativo de Alaska Negra/Afroamericana y Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra Otra/Desconocida

Sí NO 1. ¿Alguno de sus hijos recibió alguna vacuna desde la aprobación de su solicitud original o desde su revisión más reciente? Si la respuesta es Sí, explique:

Sí NO 2. ¿Alguna vez, usted o una persona que solicita la asistencia han sido descalificados para recibir los beneficios de TANF (AFDC) o SNAP? Si la respuesta es Sí, explique:

Sí NO 3. ¿Alguna persona viola la libertad bajo palabra o libertad condicional, o es un fugitivo para evitar el enjuiciamiento o castigo de un delito grave? Si la respuesta es Sí, explique:

Sí NO 4. ¿Usted o alguna persona por la que presenta la solicitud han sido condenados como adulto a partir del 8 de febrero de 2014 por lo siguiente:

- a. ¿Abuso sexual agravado conforme el Título 18 del Código de Estados Unidos (USC), Sección 2241 o un delito estatal similar? Sí NO
- b. ¿Homicidio conforme el Título 18 del USC, Sección 1111 o un delito estatal similar? Sí NO
- c. ¿Un delito en virtud del 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 responde **SÍ** a alguna de las preguntas anteriores, ¿quién? _____
Si responde **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿cumple con los términos de la sentencia? Sí NO

Mediante mi firma a continuación, declaro que los miembros del hogar para los cuales solicito los beneficios de TANF o SNAP, son ciudadanos de EE. UU. o extranjeros en estado legal de inmigración. Declaro bajo pena de ley que toda la información en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si hay un reclamo de TANF o SNAP contra mi hogar, la información en esta solicitud, incluidos todos los números del Seguro Social, puede remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamos para la realización de acciones de cobro de reclamos.

Su firma o la firma o marca del representante autorizado

Fecha

Testigo de la marca o intérprete

Fecha