## Si necesita ayuda para completar esta solicitud, consulte a un miembro del personal de la Oficina de Asistencia Pública.

### ¿A QUÉ PROGRAMAS PUEDO INSCRIBIRME?

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (DPHHS) ofrece varios programas para ayudarlo, entre ellos:

**Cobertura de Atención Médica**

- Medicaid
- Programa de Ahorro de Medicare (MSP)
- Asistencia Médica para Refugiados (RMA)

**Asistencia Alimentaria**

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

**Asistencia en Efectivo**

- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Asistencia en Efectivo para Refugiados
- Servicios Sociales para Refugiados

Todas las preguntas están marcadas para indicar el/los programa(s) a los que corresponden. Si solo se inscribe a Servicios Sociales para Refugiados, con o sin servicios de empleo y capacitación, solo se necesita la primera página de esta aplicación. Si es posible, solicite un formulario de Evaluación de Servicios para Refugiados para completar antes de su entrevista.

### ¿CÓMO ME INSCRIBO PARA SOLICITAR ASISTENCIA?

**PASO 1: Complete una solicitud de asistencia lo mejor que pueda**

Puede ser una solicitud en papel como esta, en línea través de www.apply.mt.gov, o telefónica llamando a la Línea de Ayuda de Asistencia Pública al 1-888-706-1535. La solicitud debe ser completada por un miembro del hogar o representante autorizado que conozca la situación financiera de todos los miembros del hogar. La persona que complete la solicitud es responsable de las respuestas otorgadas.

Al completar una solicitud en papel, escriba sus respuestas con tinta negra o azul (es fácil de leer y se copia mejor). Si se necesita más espacio para responder alguna pregunta, adjunte una hoja adicional con la información adecuada sobre cada persona adicional o representante autorizado.

Si hoy no puede completar toda la solicitud, tiene derecho a presentar una solicitud incompleta siempre y cuando contenga el nombre, dirección y firma del solicitante o representante autorizado.

Cualquier pregunta relacionada a “hogar” se refiere a aquellas personas que solicitan asistencia y a las que son responsables económicamente de ellas. Para los beneficios de Cobertura de Atención Médica, Asistencia Médica para Refugiados (RMA), TANF y SNAP, debe ingresar el número de Seguro Social y ciudadanía para cada miembro del hogar.

**PASO 2: Presentar la solicitud de asistencia de una de las siguientes formas:**

| Correo: | Fax: | Entrega: | En línea: |
|---|---|---|---|
| HCSD<br>PO Box 202925<br>Helena, MT 59620 | 1-877-418-4533 | En su OPA local | www.apply.mt.gov |

**PASO 3: Hable con nosotros:**

No se requiere una entrevista para la asistencia de Cobertura de Atención Médica, pero se puede solicitar. Si está solicitando asistencia SNAP, TANF o para Refugiado, se requiere una entrevista. Puede completar una entrevista presencial acudiendo a su Oficina de Asistencia Pública (OPA) local o llamando a la Línea de Ayuda de Asistencia Pública. Si su solicitud se entrega sin una entrevista, un trabajador de elegibilidad intentará llamarlo para completar una. Si no puede completar su entrevista para los programas SNAP, TANF o para Refugiados dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su solicitud firmada, su solicitud será denegada.

**PASO 4: Enviar comprobantes solicitados**

Es posible que se le requiera que proporcione comprobante de alguna información presente en su solicitud. En la siguiente página se identifica una lista de posibles comprobantes. Esta información será necesaria antes de determinar la elegibilidad o emitir beneficios. Si no cuenta con toda la documentación necesaria, esto podría retrasar la decisión sobre su solicitud. Si es elegible para recibir beneficios expeditos de SNAP, es posible que reciba algunos beneficios y se le otorgue tiempo adicional para proporcionar la información necesaria.

## ¿CUÁLES SON ALGUNOS TIPOS POTENCIALES DE COMPROBANTES QUE ME PEDIRÁN QUE ENTREGUE?

A continuación se presenta una lista de ***posibles*** comprobantes para llevar a la entrevista o presentar con su solicitud que pueden agilizar el proceso de solicitud. El número de Seguro Social, el estado de Ciudadano/Extranjero y la identidad deben verificarse para todas las personas que soliciten Cobertura de Atención Médica. Para los beneficios de SNAP, sólo la persona que es responsable del hogar tiene que verificar su identidad.

**Números de Seguro Social:**

Debe ser capaz de proporcionar un número de Seguro Social, o prueba de que ha solicitado un número, para todas las personas que soliciten asistencia para cualquier programa

**Ciudadanía/Estado de Extranjero:**

Si está solicitando la Cobertura de Atención Médica, TANF o Asistencia en Efectivo para Refugiados, debe comprobar la ciudadanía y/o el estado de extranjero de todos los miembros del hogar. Si está solicitando beneficios SNAP, esta comprobación solo será requerida si la ciudadanía/estado de extranjero del individuo es cuestionable. Algunos documentos aceptables incluyen**:**

- Pasaporte de Estados Unidos
- Formulario de USCIS
- Acta de Nacimiento Oficial
- Certificado de Naturalización
- Tarjeta de Registro de Extranjero
- Certificado de Ciudadanía
- Certificado de Bautismo (permitido para Cobertura de Atención Médica solo dentro de los tres meses posteriores al nacimiento)

**Identidad:**

Si está solicitando Cobertura de Atención Médica, se requiere comprobación de identidad para todos los miembros del hogar que lo están solicitando, y puede ser necesaria para cónyuges, hijos menores o hermanos de los solicitantes; y padres de hijos menores que están solicitando. Si está solicitando beneficios SNAP, solo se requiere que la persona responsable de la familia verifique su identidad, y/o el representante autorizado si solicita en nombre del cliente. Algunos documentos aceptables incluyen**:**

- Licencia de Conducir
- Documentos Tribales
- Identificación con Foto de la Escuela
- Tarjeta de Identificación Estatal
- Tarjeta de Identificación del Gobierno Federal o Local
- Registros de la Guardería o del Jardín de Infantes
- Tarjeta de Identificación de Dependiente Militar
- Tarjeta Militar o Constancia del servicio militar
- Otro documento puede ser aceptado como prueba de identidad basado en directrices federales

**Ingresos y Recursos:**

Dependiendo de las circunstancias de sus hogares el/los programa/s que está solicitando, es posible que se le pida que proporcione comprobantes de ingresos y recursos. Algunos documentos aceptables incluyen:

- Recibos de Pago/Declaración de Ingresos del Empleador
- Cartas de Adjudicación (p. ej., Seguro Social, Desempleo, Compensación para Trabajadores, Administración de Veteranos)
- Registros de Manutención de Niños y/o Pensión Alimenticia
- Estado de Cuenta Bancaria
- Certificado de Estados de Depósito
- Estados de Acciones/Bonos
- Declaración Federal del Impuesto sobre la Renta
- Registros de Contabilidad
- Registros de Pérdidas y Ganancias
- Ingresos de Renta o Registros/Libros de Contratos de Venta
- Pólizas de Seguro de Vida y/o Sepelio
- Documentos de Fideicomiso
- Declaraciones de Préstamos/Donaciones/Contribuciones
- Registros de Vehículos
- Actividad de la Cuenta IIM

**Gastos:**

Presentar comprobantes de gastos es opcional; sin embargo, no hacerlo resultará en que no se permita el gasto, lo que puede resultar en una determinación de no elegibilidad o en menos beneficios**:**

- Recibos de Atención a Dependientes
- Facturas/Estados de Cuenta de Gastos Médicos (p. ej., Medicamentos, Facturas Médicas y Hospitalarias, primas de Seguros, Medicare)
- Se paga manutención de niños a un miembro que no es del hogar.

**Otros comprobantes:**

A continuación se detallan algunos comprobantes adicionales que pueden pedirse dependiendo de la asistencia que esté solicitando:

- Embarazo
- Decreto Certificado de Divorcio/Separación Legal
- Elegibilidad para Medicare
- Otras Pólizas de Seguro de Atención Médica
- Permiso de commodity
- Matrícula Escolar

## ¿EN QUÉ MOMENTO PUEDO RECIBIR LA NOTIFICACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD Y LOS BENEFICIOS?

Las solicitudes se procesarán de acuerdo con los procedimientos de SNAP, incluidos los requisitos de puntualidad, notificación y audiencia imparcial, independientemente de si la solicitud es para SNAP y/u otros programas. Una vez que haya **completado todos** los pasos requeridos para los programas que está aplicando, puede esperar lo siguiente:

**Cobertura de Atención Médica**

Recibirá un aviso de su determinación de elegibilidad dentro de los 45 días posteriores a la recepción de una solicitud completa para la mayoría de los programas de cobertura de atención médica. Si ha solicitado, y es elegible, alguna Cobertura de Atención Médica puede comenzar hasta tres (3) meses antes del mes de solicitud, de lo contrario, la Cobertura de Atención Médica comenzará el primer día del mes en el que solicitó. Si es elegible para recibir Asistencia Médica para Refugiados, los beneficios comienzan el primero del mes en el que solicitó, o la fecha en que se le otorgó su estado de Refugiado/Asilado, lo que ocurra después.

**Asistencia en Efectivo (TANF)**

Recibirá un aviso de su determinación de elegibilidad dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa. Si es elegible para TANF o Asistencia en Efectivo para Refugiados, los beneficios pueden comenzar a partir de la fecha en que se recibió la solicitud firmada, o la fecha en que se inscribe en el programa Pathways (si es remitido), lo que ocurra después.

**Asistencia Alimentaria (SNAP)**

Recibirá una notificación sobre su elegibilidad y, si es elegible, recibirá beneficios dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa. Es posible que tenga derecho a servicios expeditos y, si es elegible, beneficios dentro de los 7 días, si los ingresos y recursos de su hogar no son suficientes para cubrir su alquiler/hipoteca mensual y servicios públicos, tiene muy pocos ingresos o recursos, o su hogar incluye a un trabajador agrícola inmigrante y/o estacional. Si considera que es elegible para recibir servicios expeditos, pero el trabajador de elegibilidad dice que no lo es, puede solicitar una revisión administrativa o una audiencia ya sea verbalmente o por escrito. Los beneficios SNAP pueden comenzar a partir de la fecha en que se recibió la solicitud firmada. Su solicitud SNAP no será denegada únicamente porque al hogar se le negaron los beneficios de otros programas.

## SANCIONES (SNAP y TANF):

1. **Es ilegal que usted, a sabiendas, haga declaraciones falsas, tergiverse hechos u oculte información para obtener beneficios.**
2. **Las personas que infrinjan una norma consciente e intencionadamente pueden ser procesadas y multadas.**
3. **Se le puede imponer una multa de hasta $250,000 o se le puede encarcelar hasta por 20 años, o ambas cosas, por tráfico de beneficios SNAP superiores a $5,000.**
4. **Las personas también están sujetas a un procesamiento en virtud de otras leyes federales aplicables. A las personas también se les puede prohibir la inscripción por 18 meses adicionales por orden judicial.**
5. **Cualquier miembro del grupo familiar que a sabiendas e intencionalmente infrinja una regla del programa de asistencia en efectivo de SNAP o TANF puede ser excluido del programa por un año por la primera infracción; por dos años por la segunda infracción y descalificado permanentemente después de la tercera infracción.**
6. **Cualquier beneficiario de SNAP que haya sido declarado culpable en un tribunal federal, estatal o local de intercambiar beneficios de SNAP por sustancias controladas (drogas ilegales o ciertos fármacos para los que se requiere receta médica) será descalificado de participar durante dos años por la primera infracción y de forma permanente por la segunda infracción.**
7. **Cualquier beneficiario de SNAP que haya sido declarado culpable en un tribunal federal, estatal o local de intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos será descalificado permanentemente de participar en la primera ocasión en que ocurra dicha infracción.**
8. **Una persona será descalificada permanentemente de SNAP si ha sido declarada culpable en un tribunal federal, estatal o local de tráfico de beneficios de SNAP de $500 o más.**
9. **Una persona no será elegible para participar en SNAP durante diez años si se descubre que ha hecho una declaración o manifestación fraudulenta con respecto a su identidad o residencia para recibir múltiples beneficios simultáneamente.**
10. **Respecto a la asistencia en efectivo de TANF, una persona no será elegible para participar en el programa de asistencia en efectivo de TANF durante 10 años o un período de tiempo ordenado por un tribunal si se descubre que hizo una declaración o manifestación fraudulenta con respecto a dónde vive o los beneficios recibidos en otro estado para recibir múltiples beneficios simultáneamente.**

## REQUISITOS DE TRABAJO DE SNAP:

A menos que estén exentos, todos los miembros del hogar con SNAP que se encuentren física y mentalmente saludables y entre los **16 y 60** años de edad deben registrarse para trabajar. El incumplimiento de estos requisitos de trabajo puede resultar en una descalificación de SNAP. Las descalificaciones del registro laboral también se aplican a las personas que pierdan su estado de exento por una infracción y serán **no elegibles** si: (1) se niegan sin causa justificada a dar información suficiente para permitir una determinación de su situación o disponibilidad laboral; (2) voluntariamente y sin una buena causa dejan un empleo; o (3) voluntariamente y sin una buena causa reducen sus horas de trabajo (y después de la reducción, estén trabajando menos de 30 horas por semana). Aquellas personas que pierdan sus exenciones por un cambio de circunstancia que no esté sujeto a los requisitos de reporte deberán registrarse para trabajar en la siguiente Recertificación o Reporte Simplificado.
Algunos programas de asistencia pública tienen límites en el tiempo que una persona puede recibir beneficios.
A continuación encontrará los límites requeridos por el Gobierno Federal:

## BENEFICIOS POR TIEMPO LIMITADO:

**Asistencia en Efectivo de TANF**

El hogar puede no ser elegible para beneficios de asistencia en efectivo TANF si un miembro del hogar ha recibido 60 meses de beneficios de asistencia en efectivo TANF en cualquier estado.

**Asistencia Alimentaria (SNAP)**

Una persona que tiene entre 18 y 49 años de edad, no vive con un niño menor de 18 años, y se considera física y mentalmente capaz de trabajar se considera un Adulto Físicamente Capaz sin Dependientes (ABAWD). Los ABAWD solo pueden recibir beneficios SNAP por 3 meses en un período de 3 años a menos que:

- Pasen al menos 80 horas al mes realizando una o más de las siguientes actividades: trabajar, participar en un programa de empleo o actividad similar aprobada por el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos, o ser voluntario; o
- Cumplan con otra exención (la Oficina de Asistencia Pública puede darle una lista de exenciones adicionales)

**Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica para Refugiados**

Estos servicios sólo están disponibles para refugiados/asilados elegibles durante 8 meses a partir de la fecha de ingreso o desde la fecha en que se otorgó su condición de asilo. Sin embargo, los Servicios Sociales para Refugiados, como la asistencia para el empleo y la capacitación, podrían extenderse hasta cinco años a partir de la fecha de ingreso/fecha en que se otorgó la condición de asilado, dependiendo de los fondos federales. Este formulario de solicitud no es necesario para solicitar Servicios Sociales para Refugiados. Para obtener más información sobre el Programa de Servicio Social para

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:

Refugiados, consulte a su Oficina de Administrador de Casos de Asistencia Pública.

1. Tiene derecho a presentar una solicitud el mismo día en que se ponga en contacto con nosotros. Puede enviar la solicitud o la primera página completa a su OPA local. También puede enviarlo por correo a: Casilla de correos 202925, Helena, MT 59620-2925
2. No tiene que ser entrevistado ni tener una cita programada antes de presentar la solicitud.
3. Su solicitud será procesada dentro de los 30 días para los beneficios de SNAP y Asistencia en Efectivo, y 45 días para Cobertura de Atención Médica y Asistencia Médica para Refugiados. El plazo de procesamiento comienza a partir de la fecha de solicitud pero puede extenderse en circunstancias inusuales según lo definido por la regulación.
4. Los solicitantes que van a salir pronto de una institución pueden completar una solicitud de beneficios de SNAP antes de hacerlo. La fecha de presentación de la solicitud para los solicitantes previo a salir es la fecha que salen de la institución si solicitan SNAP y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) al mismo tiempo.
5. **Cada vez que solicite beneficios de SNAP**, **no**:
    - **Comercie ni venda beneficios de SNAP;**
    - **Compre alimentos a crédito o que se están revendiendo;**
    - **Use los beneficios de SNAP para obtener artículos inapropiados como bebidas alcohólicas, tabaco o pagar en cuentas de crédito;**
    - **Use los beneficios SNAP de otra persona para su hogar o deje que alguien use sus beneficios; o**
    - **Compre comida para otros.**
6. Para los beneficios de SNAP y Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA), a todos los miembros adultos del hogar se les exigirá el reembolso de los beneficios para el que no sea elegible, incluyendo los errores causados por esta agencia. Se le exigirá que reembolse cualquier beneficio de TANF, RMA y/o Medicaid, que no sea elegible para recibir por ningún motivo que no sea el error de esta agencia.

DPHHS-HCS-250 (Rev. 09/2021)

ESTADO DE MONTANA
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos

# SOLICITUD DE ASISTENCIA

Fecha de Recepción de la Solicitud: _____
Número de caso _____
Fecha de la Entrevista: _____

**LAS ÁREAS SOMBREADAS EN GRIS SON SOLO PARA INSTRUCCIONES Y USO DE LA AGENCIA.**

Nombre: _____ Condado: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Número de Teléfono del Hogar: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Número de Teléfono para Mensaje: _____
Dirección de Correo Electrónico (Si desea recibir avisos electrónicos) _____ Número de Teléfono Celular: _____
¿Vive dentro de los límites geográficos de una Reserva Indígena? Sí No
Si no puede proveer una dirección de calle, describa cómo llegar a su casa en una hoja de papel separada.

- Si no habla inglés, ¿cuál es su idioma principal? _____
- ¿Usted, y todos en su hogar, son residentes de Montana? Sí No
  - Si no lo es, ¿se ha mudado a Montana en los últimos 12 meses? Sí No
  - Si se mudó a Montana en los últimos 12 meses, complete la siguiente información:
    Condado y estado desde el que se trasladó: _____
    Fecha de mudanza: _____
- ¿Algún miembro del hogar está temporalmente fuera del hogar? Sí No
  - En caso afirmativo, escriba el nombre, fecha que se fue, fecha prevista para regresar, dónde fue la persona (p. ej. en el hospital, en la escuela, en busca de trabajo, etc.):

**Complete todos los espacios en blanco requeridos para todos los que viven con usted,** ya sea de forma permanente o temporal, aunque no esté solicitando por ellos. Primero debe mencionarse a usted mismo, luego a su cónyuge e hijos, incluyendo los niños por nacer, luego otros adultos y niños. (Las personas menores de 22 años deben listar a sus padres si viven en el mismo hogar con sus padres). Si sólo está solicitando beneficios de SNAP, liste a usted mismo, su cónyuge, hijos menores de 22 años y cualquier otra persona que compre y prepare comidas con usted.

| Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre) | Relación con la Persona Principal | Persona Entrevistada | Solicitante Sí/No: Cobertura de Atención Médica | Solicitante Sí/No: SNAP | Solicitante Sí/No: TANF | Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento | Sexo | Número de Seguro Social | Estado Civil | Ciudadano de Estados Unidos Sí/No |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | UNO MISMO | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | |

***Preguntas de Servicio Expeditado de SNAP (Si es cero, ponga $0)***

| | |
|---|---|
| ¿Cuál es el ingreso total (antes de las deducciones) que su hogar ha recibido, o espera recibir, este mes? | $ |
| ¿Cuánto dinero en efectivo y ahorros tienen los miembros de su hogar (mejor estimación)? | $ |
| ¿Cuánto cuesta su renta/hipoteca mensual? | $ |
| ¿Cuánto cuestan sus servicios públicos mensuales actuales? | $ |
| ¿Alguien de su hogar es inmigrante o trabajador agrícola estacional? | SÍ NO |

***Uso de OPA (En caso afirmativo a las preguntas 1 – 3, expedir)***

| | |
|---|---|
| ¿Los ingresos son menos de $150 y el efectivo/ahorro no más de $100? | SÍ NO |
| ¿Los ingresos y recursos combinados son menores que la renta/hipoteca y los servicios públicos? | SÍ NO |
| ¿Existe un inmigrante indigente o trabajador agrícola estacional con recursos líquidos que no excedan los $100? | SÍ NO |
| ¿Proyectado para servicios expeditos? | SÍ NO |
| ¿Elegible para servicios expeditos? | SÍ NO |
| **CSC Inicial** | |

**Advertencia de Penalización: Juro o afirmo que las aclaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas o correctas.**

X _____ _____
Firma o Marca del Solicitante (o tutor legal/representante autorizado). Fecha

_____ _____
Testigo a Marcar (necesario solo si el solicitante no puede firmar nombre completo) Fecha

## REPRESENTANTE AUTORIZADO

**Un Representante Autorizado es alguien que usted designe para representarlo cuando solicite o reciba beneficios ante el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos (DPHHS). Esta persona u organización está autorizada a actuar en su nombre para fines de elegibilidad. Tener un representante autorizado es opcional. Usted podrá retirar o revocar su solicitud de representante autorizado en cualquier momento, verbalmente o por escrito, sin que ello repercuta en los beneficios.**

4. ¿Desea que un representante autorizado actúe en su nombre (En caso negativo, vaya a la pregunta 5)?

Sí No

- En caso afirmativo, complete la siguiente información para la persona/organización que desea que lo represente. (Puede nombrar a varios representantes autorizados para su caso de SNAP, pero para TANF, Medicaid, HMK Plus y RMA, solo uno por persona. Si se nombran representantes adicionales, complete la siguiente información en una hoja de papel adicional. Asegúrese de proporcionar los documentos legales.)
- Para TANF Cash es necesario completar un formulario separado para designar a un representante autorizado.

**Nota: La información que se indica a continuación es para el representante autorizado identificado**

| Nombre | Organización y Departamento (Si corresponde) | Relación con usted (si corresponde) | Número de teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **Dirección postal** | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** |
| | | | |

- Si ha elegido a un representante autorizado, debe colocar una marca de verificación junto al/los programa/s en los que desea que su representante autorizado actúe en su nombre:
  - ☐ Cobertura de Atención Médica
  - ☐ Cobertura de Atención de Largo Plazo
  - ☐ Asistencia Alimentaria
  - ☐ Asistencia en Efectivo de TANF
  - ☐ Efectivo para Refugiados
  - ☐ TANF Trayectorias Empleo y Capacitación
- Si ha elegido un representante autorizado para cualquier programa, debe colocar una marca de comprobación junto a la información o beneficios que desea que reciba su representante autorizado:
  - ☐ Discutir mi elegibilidad para beneficios y no recibir cartas
  - ☐ Recibir cartas y discutir mis beneficios de elegibilidad
  - ☐ Recibir cartas, formularios de renovación y discutir mi elegibilidad para beneficios
  - ☐ Recibir cartas, formularios de renovación, pagos, tarjetas (EBT y/o Medicaid) y discutir mi elegibilidad para beneficios
  - ☐ (Solo para Cobertura de Atención Médica) Representante del Hospital - Recibir cartas y discutir mi elegibilidad para beneficios
  - ☐ (Solo para Cobertura de Atención Médica) Primas de Pago de Patrocinadores - Nombre y dirección deben enviarse a la oficina fiscal
- Si ha elegido a un representante autorizado para algún programa, ¿debe colocar una marca de verificación junto al tiempo que desea que su representante autorizado actúe en su nombre?
  - ☐ 90 días
  - ☐ Fin del Periodo de Certificación (Generalmente Un Año)

Autorización del Cliente:

| Autorizado por (Firma del Cliente) | Escribir el nombre | Fecha de firma | Número de teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |

## PREGUNTAS SOBRE EL HOGAR

5. ¿Alguien en su casa está embarazada? Sí No

| ¿Quién está Embarazada? | De cuantas personas (Gemelos, trillizos, etc.) | Fecha estimada de nacimiento | Padre de los no nacidos |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

**(Es posible que se requiera prueba médica)**

- Si no está embarazada y no es elegible para Medicaid, ¿le gustaría servicios de planificación familiar? Sí No

a. En caso afirmativo, ¿eres mujer de entre 19-44 años y puede tener hijos? Sí No

6. ¿Alguien ha recibido SNAP, Productos, Asistencia en Efectivo o Cobertura de Atención Médica en otro estado o pueblo?

Sí No

a. En caso afirmativo, escriba el nombre de las personas, el programa y el estado:

Nombre_____Programa_____Estado_____

7. ¿Comparte su casa con otras personas que no figuran en la primera página? Sí No

Si respondió que sí, liste a las personas independientemente de su edad o relación: _____

8. ¿Alguien que figura en la página 1 alguna vez ha usado otro nombre (como apellido de soltera, nombre de casado, etc.) o Número de Seguro Social? Sí No

a. En caso afirmativo, por favor proporcione detalles: _____

9. ¿Comparte la custodia de un niño con otro adulto no incluido en su hogar? Sí No

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Nombre del niño | ¿Quién comparte la custodia con usted? | ¿Qué porcentaje de las veces vive este niño con usted? |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

10. ¿Algún miembro del hogar es actualmente un estudiante más allá del nivel de secundaria? Sí No

- En caso afirmativo, y solicitando Medicaid, HMK Plus, Asistencia Médica para Refugiados, TANF o Efectivo para Refugiados, complete la siguiente tabla ingresando la información de cada miembro del hogar de 16 años o más. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada. Si No

Indique el grado más alto **COMPLETADO** para cada miembro del hogar

| Nombre del miembro del hogar | Preescolar, Nivel inicial o Kindergarten | Diploma de secundaria /GED | Título de Asociado | Licenciatura | Maestría | Otras Credenciales | Sin Título, GED, o Diploma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**VOLUNTARIO:** Complete las preguntas 11 y 12, en la siguiente página, para todos los miembros del hogar. Estas preguntas sobre los antecedentes étnicos y raciales no se usarán para determinar su nivel de beneficios o elegibilidad. Si no contesta, su trabajador completará esta sección. Las preguntas sobre los antecedentes étnicos y raciales están autorizadas por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. El motivo de la información es asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color u origen nacional. Esta respuesta no se usará para decidir su asistencia. Le ayudará a determinar su gasto de bolsillo para la Cobertura de Atención Médica.

11. Marque una categoría étnica por cada miembro del hogar

| Nombre del miembro del hogar | Hispano/Latino | No Hispano/Latino |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA**

12. Marque una o más categorías de herencia racial para cada miembro del hogar

| Nombre del miembro del hogar | Indio americano o nativo de Alaska | Asiático(a) | Nativo hawaiano o isleño del Pacífico | Negro(a) o afroamericano (a) | Blanco |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA**

13. Si alguien en el hogar es un miembro inscrito en una tribu, ingrese el nombre de la persona, el nombre de la tribu y el número de matrícula tribal.

| Nombre del Miembro Inscrito | Nombre de la Tribu | Número de Inscripción Tribal |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA**

Para las personas marcados como Nativos Americanos responda las siguientes preguntas:

¿Alguna vez esta persona ha recibido servicios del Servicio de Salud para Indígenas Americanos, un programa de salud tribal, un programa de salud para indígenas urbanos, o a través de una referencia de estos programas?

Nombre:_____ Sí No

Nombre:_____ Sí No

Nombre:_____ Sí No

Nombre:_____ Sí No

Si respondió no a las preguntas anteriores, ¿alguna de estas personas es elegible para recibir servicios del Servicio de Atención Médica para los Indios Americanos, programas de salud tribales o programas de salud para indios urbanos, o a través de una referencia de uno de estos programas?

Nombre:_____ Sí No

Nombre:_____ Sí No

Nombre:_____ Sí No

Nombre:_____ Sí No

14. ¿Alguien en su hogar es un inquilino o huésped (paga por habitación y/o comidas)? Sí No

- En caso afirmativo, indique quién _____

15. ¿Alguien no puede trabajar o está discapacitado por problemas de salud física o mental? Sí No
**(Si se recibe un pago, es posible que se requiera información adicional o comprobante).**

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Nombre | Condición médica | Fuente de pago por discapacidad |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

16. ¿Algún miembro del hogar no puede trabajar fuera del hogar porque está cuidando a un miembro discapacitado del hogar? Sí No

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Nombre del miembro discapacitado | Nombre de la persona que brinda atención | Nombre del médico | Plazo previsto de incapacidad |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

17. ¿Alguien que solicita asistencia es extranjero (no ciudadano estadounidense)? Sí No

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Nombre de extranjero | Número de extranjero | Estado de extranjero | Fecha de entrada a Estados Unidos o fecha en que se otorgó el estado de asilo | Nombre/Dirección del Patrocinador (Si corresponde) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

18. ¿Alguna vez ha sido declarado Refugiado o solicitado asilo en Estados Unidos? Sí No

- En caso afirmativo, ¿en qué año? _____
- Ponga una marca de verificación en la casilla frente a los servicios que actualmente necesita

Médico
Gestión de casos
Inmigración/Asistencia Legal
Efectivo
Empleo y Capacitación

****** Si solo está solicitando Cobertura de Atención Médica relacionada con la Familia o Niños, salte a la pregunta 22 ******

## RECURSOS

19. Ponga una marca de verificación en la casilla frente a la propiedad/cuenta de los miembros del hogar (incluyendo los niños). Incluir propiedad/cuentas conjunta con otros dentro o fuera del hogar. Si no corresponde, no marque ninguno.

- ☐ Cuenta/s Bancaria/s
- ☐ Cuentas Individuales de Dinero Indio (IIM)
- ☐ Certificados de Depósito (CDs)
- ☐ Fondos Fideicomisos
- ☐ Cuentas de Retiro
- ☐ Efectivo
- ☐ Cuentas de Retiro
- ☐ Acciones/Bonos
- ☐ Cuenta MAC de Manutención de Niños
- ☐ Otros _____
- ☐ Ninguno

**Para todos los elementos marcados, marque las casillas a continuación. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Nombres de las Instituciones Financieras | Tipo de Inmueble/Cuenta | Propietario/s /Copropietario/s | Cantidad |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

20. Ponga una marca de verificación en la casilla frente a la propiedad que posea o que esté comprando por cualquier miembro del hogar. Incluir bienes adquiridos en común con otras personas dentro o fuera del hogar. Si no corresponde, no marque ninguno. Podrán requerirse copias de los contratos para todos esos arreglos.

- ☐ El Hogar en el que Vive (Incluye casas rodantes)
- ☐ Seguro de Vida (Liste todas las pólizas)
- ☐ Equipos para Granjas/Negocios
- ☐ Herramientas/Equipos para el Trabajo
- ☐ Propiedad que Produce Ingresos
- ☐ Fideicomiso/Contratos/Pólizas de Sepelio
- ☐ Derechos Minerales (Petróleo, Gas, Carbón, etc.)
- ☐ Camper/Tráiler (Aparte de la casa en la que vive)
- ☐ Ganadería
- ☐ Otras Casas, Terrenos o Edificios
- ☐ Contratos de Compraventa
- ☐ Patrimonio Vitalicio
- ☐ Anualidad
- ☐ Otros _____
- ☐ Ninguno

**Para todos los elementos marcados, marque las casillas a continuación. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Propietario/s /Copropietario/s | Tipo de Inmueble/Cuenta | Valor | Monto adeudado | Ubicación/Número de Cuenta | En Venta Sí/No | Patrimonio |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

21. Ponga una marca de verificación en la casilla frente a todos los vehículos que posee, o que esté comprando, por cualquier miembro del hogar. Incluir vehículos adquiridos en común con otras personas dentro o fuera del hogar. Si no corresponde, no marque ninguno.

- ☐ Auto
- ☐ Motocicleta/ATV
- ☐ Camioneta
- ☐ Tráiler
- ☐ Motos de nieve
- ☐ Barco y/o bote a motor
- ☐ Avión
- ☐ Casa rodante o vehículo recreativo
- ☐ Otros _____
- ☐ Ninguno

**Marque las casillas a continuación para todos los vehículos, incluidos los que no están en funcionamiento o no tienen licencia. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Año | Hacer | Modelo | Propietario/s /Copropietario/s | Con o sin licencia | Monto adeudado | Uso de OPA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

22. Listar cualquier vehículo, dinero, propiedad u otro activo vendido, intercambiado o regalado por cualquier miembro del hogar (dentro de los últimos 3 meses para solicitudes de SNAP, o dentro de los últimos 5 años para solicitudes de Cobertura de Atención Médica)

***Esto se evalúa caso por caso. Si se necesita información adicional, se le notificará***

| Elemento | Fecha de venta, intercambio o regalo | Nombre de la persona que vendió, intercambió o regaló un artículo | Nombre de la persona a la que se vendió, intercambió o regaló el artículo | Relación con la persona que vendió, intercambió o regaló el artículo |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## INGRESOS NO DEVENGADOS (NO PERCIBIDOS POR EL EMPLEO)

23. Ponga una marca de verificación en la casilla frente a todos los ingresos no devengados recibidos por cualquier miembro del hogar. Si no corresponde, no marque ninguno.

- ☐ Seguro Social
- ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- ☐ Seguro de Desempleo
- ☐ Pensión Alimenticia
- ☐ Atrasos en Manutención de Niños (Pago Atrasado)
- ☐ Manutención de Niños Actual
- ☐ Pagos de Asistencia de una Tribu u Otro Estado
- ☐ Interés/ Dividendos/Pagos de Anualidades
- ☐ Beneficios para Veteranos
- ☐ Asignación para Militares
- ☐ Prestaciones de Jubilación/Pensiones
- ☐ Regalías
- ☐ Compensación para Trabajadores
- ☐ Regalos/Contribuciones
- ☐ Asistencia General (Condado o BIA)
- ☐ Ingresos por Arrendamiento
- ☐ Pago de seguro
- ☐ Seguro de Incapacidad Temporal
- ☐ Pagos por Cuidado de Crianza
- ☐ Pagos de Adopción
- ☐ Préstamos
- ☐ Pagos en Fideicomiso ¿Paga impuestos sobre los pagos en fideicomiso? Sí No
- ☐ Otros _____
- ☐ Ninguno

**Para todos los elementos marcados, marque las casillas a continuación. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Nombre | Tipo de ingresos | Con qué frecuencia se pagan | Cantidad |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

24. ¿Alguien en su hogar ha solicitado o recibido Seguro de Desempleo (UI) o Compensación para Trabajadores (WC) dentro de los últimos 12 meses? Sí No

**En caso afirmativo, complete lo siguiente.**

| UI WC (Encierre uno) | UI WC |
|---|---|
| Nombre y Apellido: _____ | Nombre y Apellido: _____ |
| Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ | Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ |
| Motivo de Terminación/Denegación: _____ | Motivo de Terminación/Denegación: _____ |
| Recibido durante los últimos 12 meses: Sí No | Recibido durante los últimos 12 meses: Sí No |

25. Ponga una marca de verificación en la casilla frente a toda la ayuda económica estudiantil, solicitada o recibida, dentro de los últimos 12 meses por cualquier miembro del hogar. Por cada uno marcado, identifique la cantidad. Si no corresponde, no marque ninguno.

- ☐ Préstamo Estudiantil $_____
- ☐ Oficina de Asuntos Indígenas $_____
- ☐ Beca PELL $_____
- ☐ Asistencia a Veteranos $_____
- ☐ Becas $_____
- ☐ Estudio de Trabajo $_____
- ☐ Otros $_____

(Incluir familia, iglesia, empleador, etc.)

26. ¿Alguien **ESPERA** recibir algún dinero (como liquidación de una acción legal, manutención de niños, jubilación, pensiones, incapacidad o seguro de accidentes)? Sí No

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Quién recibirá el dinero | Fuente | Fecha prevista | Cantidad esperada |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

**Uso de OPA solamente:** Fecha del Accidente: _____
Nombre de la Persona Lesionada: _____ Nombre del abogado: _____
Persona o compañía de seguros que sea o pueda ser responsable de pagar cualquiera de estos costos médicos: _____

## INGRESOS

27. ¿Alguien del hogar está trabajando actualmente, o ha trabajado en los últimos 4 meses? Sí No

Liste a todos los miembros del hogar que **hayan trabajado, trabajarán o estén actualmente trabajando cualquier tipo de trabajo *este mes*, o recibirán salarios *este mes* debido a trabajos realizados hace un mes.** Incluye: empleo actual (tiempo completo y parcial), empleos puntuales, propinas, comisiones, estudio laboral.

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| | Complete una columna por cada trabajo que tenga cualquier miembro del hogar | | |
|---|---|---|---|
| **Persona empleada** | | | |
| **Salarios totales de este mes sin impuestos** | | | |
| **Nombre de la empresa** | | | |
| **Dirección de la empresa** | | | |
| **Teléfono de la empresa** | | | |
| **Fecha en que comenzó a trabajar** | | | |
| **Promedio de horas por semana** | | | |
| **Pago por hora** | | | |
| **Promedio de propina por semana** | | | |
| **Con qué frecuencia se pagan** | | | |
| **Fechas de recepción de pagos** | | | |
| **Fecha de finalización del período de pago** | | | |
| **(M) ¿Tiene un seguro médico en su trabajo?** | **Sí** **No** | **Sí** **No** | **Sí** **No** |

**PROPORCIONE COMPROBANTE DEL SALARIO DE ESTE MES Y EL MES PASADO - PARA TODOS LOS EMPLEOS**

28. ¿Usted, o algún miembro del hogar, espera un cambio en los ingresos o el número de horas de trabajo (p. ej., vacaciones, empleo estacional)? Sí No

- En caso afirmativo, explique: _____

29. ¿Alguien en su hogar ha dejado de trabajar o ha reducido las horas de trabajo en los últimos 30 días? Sí No

**En caso afirmativo, marque las siguientes casillas, e incluya los salarios pagados *este mes*.**

| Nombre | | Nombre del empleador | Fecha de renuncia al trabajo o reducción de horas |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **Fecha y cantidad del último cheque** | **Motivo de renuncia** | **¿Es un despido temporal?** | **Fecha prevista de regreso al trabajo** |
| | | | |

30. ¿Alguien de su casa está en período de huelga? Sí No

- En caso afirmativo, liste quién lo está, cuando comenzó la huelga, nombre del empleador y monto de los ingresos por huelga _____

31. ¿Algún miembro de su hogar es un veterano, un cónyuge de un veterano o un hijo de un veterano (vivo o fallecido)? Sí No

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Nombre del veterano | Fecha de alta | Relación con usted |
|---|---|---|
| | | |

32. ¿Algún familiar directo (que vive con usted o no forma parte del hogar) es un miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? (Incluyendo reservistas activos) Sí No

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Nombre de la persona en servicio activo | Relación con usted |
|---|---|
| | |
| | |

## TRABAJO AUTÓNOMO

33. ¿Alguien en el hogar es autónomo o ha sido autónomo en el último año? Sí No

**Complete lo siguiente para todos los trabajadores autónomos o para el dinero ganado a través de, entre otros a; negocios domésticos, venta de artículos o bienes en sitios web como eBay o Craigslist, cuidado de niños, venta de plasma o para bienes comercializados.**

| Nombre y tipo de negocio | Nombre/s del/los propietario/s | Situación fiscal de la empresa | Ingresos y gastos brutos mensuales | ¿En Venta? Sí/No |
|---|---|---|---|---|
| | | ☐ Sociedad unipersonal<br>☐ Asociación<br>☐ Sociedad de Responsabilidad Limitada<br>☐ Corporación<br>☐ Sociedad Anónima | | |
| | | ☐ Sociedad unipersonal<br>☐ Asociación<br>☐ Sociedad de Responsabilidad Limitada<br>☐ Corporación<br>☐ Sociedad Anónima | | |

**PROPORCIONE REGISTROS DE TRABAJO AUTÓNOMO**

34. ¿Alguien en el hogar ha tenido ganancias sustanciales por lotería o apuestas de $4.250 o más en los últimos 30 días? Sí No

- En caso afirmativo, indique quién y la fecha de las ganancias: _____

## GASTOS

35. ¿Alguien en su hogar trabaja a cambio de algún gasto vital o costo(s) de vivienda? Sí No

- En caso afirmativo, explique. _____

36. ¿Vive con otras personas y no paga renta? Sí No

37. En la página siguiente, liste los gastos por los que se le factura, y se encarga de pagar. **Si no reporta y verifica gastos**, **no se dará la deducción de gastos**. No todos los gastos están permitidos para todos los programas. Si alguien fuera del hogar paga algún gasto por el hogar, escriba su nombre en la última columna. El no reportar o verificar alguno de los gastos listados se verá como una declaración del hogar de que no quiere recibir una deducción por el gasto no reportado.

| Elemento | Costo mensual total actual | Distribución del hogar | ¿Quién paga el gasto? |
|---|---|---|---|
| Alquilo | $ | | |
| Renta de lotes | $ | | |
| Hipoteca | $ | | |
| Impuestos a la propiedad (si están separados de la hipoteca) | $ | | |
| Seguro de hogar (si está separado de la hipoteca) | $ | | |
| Electricidad | $ | | |
| Gas Natural/Propano | $ | | |
| Aceite | $ | | |
| Madera/Carbón/Otras fuentes de calor | $ | | |
| Agua/Alcantarillado | $ | | |
| Basura/Residuos | $ | | |
| Tarifa telefónica básica (no incluye llamadas de larga distancia) | $ | | |
| Cuota de instalación de servicios públicos (no depósito) | $ | | |
| Atención a dependientes (adultos o niños) | $ | | |
| Manutención de niños (pagada) vigente (¿Es legalmente obligatoria? Si no se paga mensualmente, ¿con qué frecuencia se paga?) | $ | | |
| Atrasos de manutención de niños (pagados)/Pago atrasado | $ | | |
| Pensión alimenticia/Manutención conyugal (no para SNAP) | $ | | |
| Primas de seguro médico y/o cuota de representante de pago para SSI | $ | | |
| Pagos/facturas médicas (solo para adultos mayores o discapacitados) | $ | | |
| Primas de Medicare | $ | | |
| Otros gastos (especificar) | $ | | |

38. Indique su fuente principal de calefacción y refrigeración: _____

39. ¿Sus servicios públicos están incluidos en su renta? Sí No

40. Si no reportó ingresos, ¿cómo está pagando sus gastos como la renta o los servicios públicos? _____

_____

41. Si indicó anteriormente un gasto de cuidado de dependientes, complete lo siguiente:

| Nombre del/los niño/s | Persona o programa que paga la atención | Nombre del proveedor | Monto mensual pagado | Motivo de la atención (Marque todos los que correspondan) | Tipo de proveedor | ¿El proveedor es un pariente de la familia? | ¿El proveedor tiene licencia? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ☐ Buscando trabajo<br>☐ Capacitación/Escuela<br>☐ Empleo | ☐ En guardería a domicilio<br>☐ Guardería familiar<br>☐ Guardería grupal<br>☐ Centro de la guardería | Sí<br>No | Sí<br>No |
| | | | | ☐ Buscando trabajo<br>☐ Capacitación/Escuela<br>☐ Empleo | ☐ En guardería a domicilio<br>☐ Guardería familiar<br>☐ Guardería grupal<br>☐ Centro de la guardería | Sí<br>No | Sí<br>No |
| | | | | ☐ Buscando trabajo<br>☐ Capacitación/Escuela<br>☐ Empleo | ☐ En guardería a domicilio<br>☐ Guardería familiar<br>☐ Guardería grupal<br>☐ Centro de la guardería | Sí<br>No | Sí<br>No |

**SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA - SE REQUIERE COMPROBANTE PARA SNAP Y TANF**

**SOLO PREGUNTAS SOBRE COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA**

Complete la sección azul (preguntas 42 - 53) solo si está solicitando Cobertura de Atención Médica o Asistencia Médica para Refugiados.

***Atención a todos los solicitantes de cuidados a largo plazo y servicios a domicilio y en la comunidad (WAIVER):*** DEBE comunicarse inmediatamente con el Equipo de Evaluación de Mountain Pacific Quality Foundation al 1-800-219-7035 o al 1-406-443-0320 si se encuentra en el área de Helena. El equipo de evaluación fijará la fecha de vigencia para el pago de Medicaid siempre que se cumplan todos los demás criterios de elegibilidad. El pago de Medicaid puede no estar disponible para la atención brindada antes de la fecha de evaluación.

✚ 42. ¿Alguien en el hogar recibe beneficios médicos a través de Medicare (Parte A, B, C o D) o jubilación por ferroviario? Sí No

- En caso afirmativo, indique su/s nombre/s y proporcione comprobante
  Nombre y Apellido: _____ Número de Medicare: _____
  Nombre y Apellido: _____ Número de Medicare: _____

✚ 43. ¿Hay un plan de seguro de salud grupal disponible para cualquier persona de su hogar? Sí No

✚ 44. ¿La cobertura está disponible por un padre ausente? Sí No

✚ 45. ¿Alguien de su hogar está inscrito en un seguro grupal o privado? Sí No

- Si respondió si a las preguntas 43, 44 o 45 anteriores, complete la siguiente información. Si tiene tarjetas de seguro separadas para atención médica u ocular, se debe completar la siguiente información para cada cobertura. Para pólizas adicionales, adjunte una hoja que contenga esta información.

  Titular de la póliza: _____ SSN: _____
  Nombre y dirección de la compañía de seguros: _____
  Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
  Personas cubiertas: _____

✚ 46. ¿Alguien en el hogar tiene facturas médicas por servicios recibidos durante los últimos tres meses O alguien está pagando facturas médicas impagadas por servicios recibidos en algún momento? Sí No

- En caso afirmativo, ¿quiere cobertura de Medicaid por los servicios recibidos en los últimos tres meses? Sí No
- En caso afirmativo, liste los meses: _____
  (Se requerirá comprobante de ingresos, recursos y gastos médicos por cada mes listado)

✚ 47. ¿Pretende presentar una declaración de impuestos el próximo año (si necesita más espacio, adjunte un papel separado)? Sí No

- ¿Se presentará conjuntamente con un cónyuge? Sí No
  - En caso afirmativo, indique el nombre: _____
- ¿Declarará algún dependiente? Sí No
  - En caso afirmativo, indique nombre/s: _____
- ¿Será declarado como dependiente en los impuestos de otra persona? Sí No
  - En caso afirmativo, ¿de quién y cuál es su relación con esa persona? _____
- ¿Hay un segundo contribuyente en el hogar? Sí No
  - En caso afirmativo, identifique quién, si van a presentar con un cónyuge, el nombre de su cónyuge y si declararán algún dependiente _____
    _____

✚ 48. ¿Estuvo usted o alguien del hogar en un hogar adoptivo y recibiendo Medicaid a los 18 años? Sí No

- En caso afirmativo, indique nombre/s: _____

✚ 49. ¿Tiene alguna condición de salud física, mental o emocional que cause limitación en las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o asilo de ancianos? Sí No

✚ 50. ¿Desea que se le envíen los recibos de gastos compartidos/opción de pago de Medicaid a otra persona que no sea usted? Sí No

- En caso afirmativo, indique nombre y dirección: _____

✚ 51. Ponga una marca de verificación en la casilla frente a todos los ingresos imponibles (por el IRS) que tenga. Si no corresponde, no marque ninguno.

- ☐ Interés imponible
- ☐ Dividendos (Ordinarios o Calificados)
- ☐ Interés exento
- ☐ Distribuciones IRA
- ☐ Otros (p. ej., deber de jurado): _____
- ☐ Ninguno

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| ¿Quién? | ¿Qué tipo? | ¿Con qué frecuencia? | ¿Cuánto? |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

✚ 52. Ponga una marca de verificación en la casilla frente a todos los gastos fiscales (por parte del IRS) que tenga. Si no corresponde no marque ninguno.

- ☐ Deducción por seguro médico de los trabajadores autónomos
- ☐ Deducción IRA
- ☐ Deducción de intereses por préstamos estudiantiles
- ☐ Otros: _____
- ☐ Ninguno

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| ¿Quién? | ¿Qué tipo? | ¿Con qué frecuencia? | ¿Cuánto? |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

✚ 53. ¿Alguien en su hogar recibió una vez Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) que luego terminó? Sí No

- En caso afirmativo, ¿esta persona recibe ahora beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA)? Sí No

**SOLO PREGUNTAS SOBRE ASISTENCIA ALIMENTARIA (SNAP)**

Complete la sección verde (preguntas 54 - 59) solo si está solicitando beneficios SNAP.

54. ¿Está aprobado o recibe el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)? Sí No

55. ¿Paga costos de calefacción, o refrigeración, separados de la renta? Sí No

56. ¿Alguien en su hogar compra y prepara alimentos por separado de otros miembros del hogar? Sí No

57. ¿Alguien en su hogar está certificado para recibir Productos Alimenticios Tribales? Sí No

- En caso afirmativo, ¿quién y dónde? _____

58. ¿Alguien en su hogar ha recibido beneficios SNAP en los últimos 30 días? Sí No

- En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo? _____

59. ¿Alguna vez ha tenido una tarjeta EBT emitida desde Montana? Sí No

- En caso afirmativo, ¿aún tiene su tarjeta EBT? Sí No

## PREGUNTAS DE AUTODECLARACIÓN

60. ¿Usted, o algún miembro de su hogar, ha sido descalificado alguna vez de SNAP por proporcionar información incorrecta, o no proporcionar información, a un trabajador de casos que afectó la elegibilidad y los beneficios de SNAP? Sí No

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Nombre | Fecha en que ocurrió | Fecha de descalificación | Duración de la descalificación |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

61. ¿Usted, o algún miembro de su hogar, ha sido declarado culpable de comerciar beneficios de SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

62. ¿Usted, o algún miembro de su hogar, ha sido condenado alguna vez por traficar beneficios de SNAP de $500 o más después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

63. ¿Usted, o algún miembro de su hogar, ha sido declarado culpable de comerciar beneficios del SNAP por drogas, armas de fuego, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

64. ¿Usted, o algún miembro de su hogar, ha sido condenado por recibir fraudulentamente beneficios duplicados de SNAP en algún estado después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

65. ¿Está usted, o algún miembro de su hogar, huyendo para evitar la persecución, o la custodia/confinamiento después de ser condenado por un crimen que es un delito grave? Sí No

66. ¿Está usted, o algún miembro de su hogar, actualmente en violación de libertad condicional o vigilada? Sí No

67. ¿Es usted, o algún miembro de su hogar, un delincuente condenado (después del 22 de agosto de 1996) por posesión, uso o distribución de una sustancia controlada (drogas ilegales o ciertas drogas para las que se requiere receta médica)? Sí No

- En caso afirmativo, ¿se ha dado de alta la sentencia? Sí No
- En caso afirmativo a la pregunta 66, ¿la persona está cumpliendo con las condiciones de supervisión, libertad condicional y/o vigilada, o participa activamente en el tratamiento si es necesario por un delito cometido bajo la influencia de una sustancia controlada? Sí No

68. ¿Usted, o algún miembro de su hogar, ha sido condenado por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos contra niños, un delito Federal o Estatal que implique agresión sexual, o un delito conforme a la ley Estatal que la Fiscalía General determine que es sustancialmente similar a dicho delito, después del 7 de febrero de 2014? Sí No

- En caso afirmativo, ¿la persona está cumpliendo con los términos de su condena? Sí No

69. ¿Alguna vez se ha encontrado que usted, o algún miembro de su hogar, ha tergiversado fraudulentamente su identidad o residencia para obtener múltiples beneficios al mismo tiempo después del 22 de agosto de 1996? Sí No

## SOLO PREGUNTAS DE ASISTENCIA EN EFECTIVO DE TANF

Complete la sección naranja (preguntas 70 - 71) solo si está solicitando beneficios TANF o Asistencia en Efectivo para Refugiados.

70. ¿Algún miembro del hogar ha recibido asistencia familiar en efectivo en algún otro programa de TANF estatal o tribal entre el 1 de octubre de 1996 y la fecha actual? Sí No

**En caso afirmativo, complete lo siguiente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.**

| Nombre del miembro del hogar | Estado y condado (Si corresponde) | Programa tribal (Si corresponde) | Período de tiempo estimado de asistencia |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

71. ¿Alguna agencia le ayuda a pagar los costos de alojamiento? Sí No

- En caso afirmativo, ponga una marca de verificación frente al tipo de asistencia recibida
  - ☐ Vivienda pública (Unidades de vivienda o edificio de propiedad o bajo el control de la Autoridad de Vivienda Pública)
    ¿Cuál es la cantidad que usted paga? $_____
  - ☐ Subsidio de renta (Cualquier otra forma de vivienda donde se pague dinero de un programa de vivienda financiado por el gobierno)
    ¿Cuál es la cantidad que usted paga? $_____

## PREGUNTAS Y COMENTARIOS ADICIONALES

72. ¿Espera algún cambio dentro de los próximos tres meses con respecto a la información que nos dio hoy? Sí No

- En caso afirmativo, explique: _____
  _____

73. Si lo aprueban para SNAP, ¿le interesa aprender a ampliar su presupuesto alimentario? Sí No

74. Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría registrarse para votar aquí hoy?
  - ☐ Sí, me gustaría registrarme para votar aquí hoy.
  - ☐ No, NO me gustaría registrarme para votar aquí hoy.
  - ☐ No, ya estoy registrado para votar y por lo tanto NO quiero registrarme para votar aquí hoy.

Si deja esta pregunta en blanco, se considerará que ha decidido NO registrarse para votar en este momento. 42 U.S.C § 1073gg-5(a)(6)(B)(iii). El hecho de solicitar o rechazar el registro para votar NO afectará a la monto de asistencia que esta agencia le proporcionará. Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse para votar o a rechazar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado, Casilla de correos 202801, Helena, MT 59620-2801; número telefónico gratuito: 1-888-884-8683.

75. ¿Quiere que le ayudemos a completar el formulario de Solicitud de Registro de Electores?
  - ☐ Sí, me gustaría ayuda para completar el formulario de Registro de Electores.
  - ☐ No, NO me gustaría ayuda para completar el formulario de Solicitud de Registro de Electores.

Le ayudaremos si lo desea. La decisión es suya en cuanto a si desea o no buscar o aceptar nuestra ayuda para completar el formulario de Solicitud de Registro de Electores. Puede completar el formulario de Solicitud de Registro de Electores en privado. Enviar una solicitud de registro de electores completa a la oficina del DPHHS es **gratis.** Si elige completar la solicitud de registro de electores más tarde, los gastos de envío correrán a su cargo.

| Comentarios adicionales |
| --- |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

**LEER ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR.**
**SI NO ENTIENDE ALGO, PREGÚNTELE A UN TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD.**

ENTIENDO QUE:

- Debo informar cualquier cambio en mi situación a la Oficina de Asistencia Pública. En el caso de Cobertura de Atención Médica, Medicina para Refugiados, TANF o Asistencia en Efectivo para Refugiados, los cambios deben ser informados dentro de los 10 días siguientes al conocimiento del cambio. El retraso en la notificación puede generar beneficios incorrectos.
- Debo proporcionar la información y comprobante solicitado para ayudar a determinar que soy elegible para recibir asistencia. DPHHS me puede ayudar a obtener pruebas o contactar a otras personas o agencias para que me asistan. Si necesito ayuda para recopilar comprobantes, debo decirle a la Oficina de Asistencia Pública.
- **La información proporcionada está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si es verídica. Si alguna información es incorrecta, mi solicitud puede ser rechazada y puedo estar sujeto a sanciones penales por proporcionar información incorrecta a sabiendas.** Si surge un reclamo de SNAP contra su hogar, la información de esta solicitud, incluyendo todos los Números de Seguro Social (SSN), puede ser remitido a agencias federales o estatales, así como agencias privadas de cobro de reclamos, para acciones de cobro de reclamos.
- La recolección de información sobre la solicitud incluyendo SSN será usada por organismos Estatales y Federales para verificar la identidad de los miembros del hogar, evitar la participación por duplicado e intercambiar información por computadora con otras agencias (p. ej., Administración del Seguro Social, Servicio de Impuestos Internos, Empleadores e Instituciones Financieras). La información obtenida de estas fuentes puede afectar los niveles de elegibilidad o beneficios y puede verificarse a través de contactos colaterales cuando la agencia estatal encuentre discrepancias. Los SSN también pueden ser transmitidos a otros organismos Federales y Estatales para su examen oficial, y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el propósito de aprehender a los delincuentes fugitivos/violadores de la libertad condicional. También se usará para fines de cobro de reclamos y para controlar el cumplimiento de las regulaciones y la administración del programa. Para SNAP se autoriza la recolección de información sobre esta aplicación, incluyendo el SSN de cada miembro del hogar, bajo la acción de Alimentación y Nutrición de 2008, en su forma enmendada, 7 U.S. C 2011-2036.
- Mi (nuestra) información sobre el estado de extranjero puede ser verificada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Esta información puede afectar la elegibilidad o el nivel de beneficios.
- Al solicitar y recibir TANF o Asistencia en Efectivo para Refugiados, es posible que se requiera que los adultos participen en una actividad de empleo y capacitación.
- Para TANF, los Beneficios en Efectivo podrán ser prorrateados a partir de la fecha en que todos los adultos negocien y firmen un convenio para participar en actividades de empleo.
- Las leyes y regulaciones Federales y Estatales limitan el uso y divulgación de información de salud confidencial o protegida sobre la solicitud y los destinatarios de los programas de asistencia.
- Si se aprueba para Cobertura de Atención Médica, mis (nuestros) derechos a cualquier seguro de atención médica u otro pago de terceros se asignan automáticamente por ley al Estado de Montana.
- Si se aprueba para Asistencia en Efectivo de TANF, mis (nuestros) derechos a la manutención médica y a los hijos se asignan automáticamente al Estado de Montana.
- Según la ley de Montana, la asistencia médica pagada en nombre de personas de 55 años o más, o cualquier persona que viva en un hogar de ancianos (independientemente de su edad) puede estar sujeta a la recuperación de la/s persona/s que reciben asistencia médica para los servicios de hogares de ancianos.
- Puedo solicitar una Audiencia Imparcial si no estoy de acuerdo con alguna acción tomada en mi caso. Para SNAP, la solicitud puede ser verbal o por escrito. Para otros programas de asistencia, la solicitud deberá ser presentada por escrito al organismo. Su caso puede ser presentado por un miembro del hogar o un representante, como un asesor legal, familiar, amigo u otro portavoz.
- Al solicitar y recibir TANF o Asistencia en Efectivo para Refugiados y/o Medicaid, se requerirá que yo (nosotros) solicite y/o acepte otros beneficios, programas, ingresos o bienes a los que yo (nosotros) pueda tener derecho. Estos incluyen, entre otros: Seguro Social por Incapacidad, Manutención de Niños, Pagos de Anualidades, Medicare, Seguro de Desempleo, liquidaciones, sucesiones, ganancias, etc.
- El Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos (DPHHS) está autorizado para igualar la información de los usuarios de TANF y SNAP a través del Directorio Nacional de Nuevas Contrataciones (NDNH). Los resultados pueden afectar su elegibilidad para estos programas.
- Para SNAP, la firma de la persona principal, otro miembro adulto del hogar o un representante autorizado en esta solicitud constituye el registro para el trabajo de todos los miembros del hogar no exentos.

- La información proporcionada por las solicitudes y/o beneficiarios de asistencia financiera puede ser objeto de verificación a través de un programa de comparación informático con la Administración del Seguro Social. Esto está autorizado por la Ley de Privacidad de 1974; 5 U.S.C. 552(a) en su forma enmendada.
- La cooperación con una revisión aleatoria de Cumplimiento del Programa es obligatoria para seguir siendo elegible para recibir beneficios continuos.

**Requerido para todos los programas: Entiendo las preguntas sobre esta solicitud, y la sanción por retener o dar información falsa o infringir alguna de las reglas indicadas en la advertencia de penalización. Entiendo y acepto proporcionar documentos que acrediten lo que he dicho. Entiendo y acepto que la Agencia pueda ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener la verificación necesaria de cualquier declaración sobre esta solicitud. Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas son correctas y completas a mi entender, incluyendo información sobre la ciudadanía o estado de extranjero de cada miembro del hogar. Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud puede ser usada para establecer la identidad de niños menores de 16 años. Me han informado que mi hogar está autorizado para recibir los servicios de Información y Referidos de TANF. Se me ha dado la información del Servicio de Información y Referencia de TANF como parte de esta solicitud.**

| **Su firma** | **Fecha de hoy** | **Firma de Testigo (Si el solicitante firmó con una X)** |
|---|---|---|
| | | |

Firma/s de TODAS las demás personas mayores de 18 años que vivan con usted (si solicitan TANF/Asistencia en Efectivo para Refugiados o Medicaid/HMK *Plus*):

| Nombre | Relación con el Solicitante | Fecha |
|---|---|---|
| Nombre | Relación con el Solicitante | Fecha |

**USO DE OPA SOLAMENTE:** Fecha de Solicitud: _____ Fecha y hora de la Entrevista: _____

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:**

De conformidad con la ley Federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, creencia religiosa, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias o venganza por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.
Las personas con discapacidad que requieran medios de comunicación alternativos para la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Relevos al (800) 877-8339. Asimismo, la información de los programas puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.
Para presentar una denuncia por discriminación en el programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa de USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en:
https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/Complain_combined_6_8_12_508.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA y describir en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA a:

**No envíe solicitudes ni comprobantes aquí.**
(1) correo:U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
(2) fax: (202) 690-7442; o
(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**