

SOLICITUD DE ASISTENCIA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND (DHS-2)

Dirección postal para enviar la solicitud: RI Department of Human Services, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787
Instrucciones generales para completar esta solicitud

Ayuda para completar esta solicitud

Puede solicitar ayuda para completar este formulario. Puede solicitar la traducción del formulario y los avisos. Si tiene una discapacidad o afección que le dificulta comprender o responder las preguntas de esta solicitud, podemos ayudarlo. Para informarnos de su situación, comuníquese con un representante del Departamento de Servicios Humanos (DHS, Department of Human Services) o llame al centro de llamadas del DHS al teléfono 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347).

¿Quién debe completar la solicitud?

Este documento debe ser completado por usted o un miembro adulto del hogar, o bien un familiar, amigo o representante autorizado que conozca la situación financiera de todos los miembros del hogar.

Responda todas las preguntas

Si responde todas las preguntas de la solicitud de asistencia, podremos determinar si es elegible para TODOS los programas. En las páginas 3 y 4 de las instrucciones, se incluye una descripción de cada uno de los programas que puede solicitar mediante esta solicitud. Junto a cada una de las preguntas de la solicitud, hay pequeños recuadros con los acrónimos o las iniciales del programa. Estos recuadros con los acrónimos o las iniciales le indican qué preguntas debe responder para cada programa. Por ejemplo, si solicita asistencia para el cuidado de niños, responda las preguntas junto a las cuales aparece **CCAP**.

Si solicita únicamente los beneficios del **Programa de asistencia alimentaria suplementaria (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program)**, le recomendamos que complete la solicitud en la mayor medida posible, **pero aceptaremos su solicitud si la presenta solamente con el nombre, la dirección y la firma.**

Cada pregunta incluye una sección de recuadros en los que debe completar la información solicitada. Para responder las preguntas, indique **SÍ** o **NO** marcando con una tilde el recuadro correspondiente junto a cada pregunta. **Si la respuesta es SÍ**, proporcione la información solicitada ingresándola en el espacio disponible debajo de la pregunta. Debe proporcionar la información solicitada de CADA miembro del hogar. Si la pregunta no se aplica a usted o a ningún miembro del hogar, la respuesta es **NO**. Deje en blanco el recuadro y pase a la siguiente pregunta.

Obtención de la fecha de la solicitud

La primera página de esta solicitud se puede desprender y enviar con su firma al DHS para establecer una fecha de inicio y comenzar la solicitud. Deberá completar y enviar el resto de la solicitud para recibir los beneficios o la cobertura.

Si necesita más espacio para responder las preguntas

Si se queda sin espacio, vaya a la página 27, donde encontrará recuadros para ingresar información adicional. En uno de los recuadros, indique el número de la pregunta a la que corresponde esa respuesta. También puede adjuntar hojas por separado, si es necesario.

Página sobre sus derechos y responsabilidades/firma

Lea las páginas 28-32. Estas páginas contienen información importante sobre sus derechos y responsabilidades. Todos los solicitantes deben firmar la página 32 de la solicitud antes de presentarla. Si presenta solo la primera página para obtener la fecha de solicitud, debe firmar la página 1 de la solicitud y luego presentar el resto de la solicitud con una firma en la página 32 de dicha solicitud.

Designación de un representante autorizado

Si desea designar un representante autorizado que actúe en representación de los miembros del hogar para solicitar los beneficios de un programa o utilizar estos beneficios, puede hacerlo en la página 2 de la solicitud.

Tarjeta de transferencia electrónica de beneficios

La asistencia monetaria del programa RI Works (RIW) y los beneficios del SNAP se emiten a través del proceso de transferencia electrónica de beneficios (EBT, Electronic Benefit Transfer). Puede obtener los beneficios utilizando la tarjeta de EBT. Puede solicitar más información acerca de este proceso en su oficina local.

EJEMPLOS DE DOCUMENTOS QUE TAL VEZ DEBA PRESENTAR EN LA ENTREVISTA O ENVIAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Nota: El mismo documento puede utilizarse para verificar más de una categoría; por ejemplo, con una licencia de conducir, se puede verificar la identidad y la dirección. Si solicita Medicaid, verificaremos su información con las fuentes de los datos en la mayor medida posible.

1. Para verificar su identidad, edad o fecha de nacimiento, ciudadanía o condición de inmigración (todos los programas)

- | | |
|--|--|
| ✓ Licencia de conducir. | ✓ Certificados de nacimiento. |
| ✓ Identificación escolar o laboral. | ✓ Pasaporte de los Estados Unidos. |
| ✓ Documentos de inmigración y naturalización (por ejemplo, tarjeta verde). | ✓ Cualquier otra documentación solicitada para ciudadanía, condición de inmigración o edad puede utilizarse para la verificación de identidad. |
| ✓ Registros de nacimiento del hospital. | |

2. Para verificar su residencia en Rhode Island (todos los programas excepto ACC, salvo que surjan dudas)

- | | |
|---|---|
| ✓ Recibo de alquiler o hipoteca que incluya la dirección. | ✓ Contrato de arrendamiento o carta del propietario. |
| ✓ Tarjeta de biblioteca que incluya la dirección. | ✓ Correo recibido que indique su dirección particular (facturas de servicios públicos, resúmenes de cuenta bancaria). |
| ✓ Tarjeta de inscripción de votante. | |

3. Para verificar sus ingresos (todos los programas)

- | | |
|---|--|
| ✓ Talón de cheque (que indique los últimos 30 días de ingresos). | ✓ Comprobante de manutención infantil recibida. |
| ✓ Declaración del empleador que indique los ingresos antes de impuestos, el cronograma laboral por hora y la cantidad de horas trabajadas durante las últimas cuatro semanas (si recibe el pago en dinero en efectivo o no tiene los talones de cheques). | ✓ Comprobante de recibo de beneficios del seguro por desempleo, beneficios del seguro por discapacidad temporal (TDI, Temporary Disability Insurance) o beneficios de la Administración de Veteranos (VA, Veteran's Administration). |
| ✓ Carta de asignación del Seguro Social, Seguridad de ingreso suplementario o beneficios de veteranos. | ✓ Declaración de impuestos anterior. |
| ✓ Otras cartas de asignación de beneficios por jubilación o discapacidad. | ✓ Comprobante de ingresos de empleo por cuenta propia (se incluyen los ingresos por alquileres y el trabajo autónomo): se debe presentar la declaración de impuestos o el libro de contabilidad del trabajo por cuenta propia. |
| | ✓ Orden judicial de manutención infantil. |

4. Para verificar sus recursos (RIW, GPA, EAD, LTSS, MPP, SSP, KB, CCAP si es superior a \$9,500)

- | | |
|---|---|
| ✓ Documentación que acredite la propiedad de un fideicomiso. | ✓ Registro de vehículos, incluidos automóviles, embarcaciones, camiones, motocicletas, casas rodantes. |
| ✓ Comprobante de alquiler de propiedades. | ✓ Comprobante de propiedad de otros bienes que producen ingresos. |
| ✓ Documentos de fideicomisos, propiedad. | ✓ Comprobante de propiedad de una parcela en un cementerio (si posee más de una). |
| ✓ Acciones o bonos. | ✓ Cuentas bancarias, cuentas de ahorro, estados de cuenta de cooperativas de crédito, certificados de depósito. |
| ✓ Comprobante de propiedad de bienes inmuebles que no sean su casa. | |

5. Para verificar los gastos de cuidado de dependientes (RIW, SNAP)

- ✓ Comprobante de gastos relacionados con el cuidado de niños o el cuidado de un adulto discapacitado que vive en la casa: recibos que indiquen sus gastos de bolsillo.

6. Para verificar sus gastos de vivienda (SNAP, RIW, LTSS)

- | | |
|--|--|
| ✓ Documentos de alquiler, arrendamiento o hipoteca. | ✓ Comprobante de seguro de propiedad. |
| ✓ Declaración del propietario. | ✓ Recibos o declaración de compañía de servicios públicos. |
| ✓ Declaración de impuestos de la propiedad. | ✓ Declaración de la persona que comparte los costos de vivienda. |
| ✓ Declaración del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, Department of Housing and Urban Development) de Estados Unidos. | |

7. Para verificar los gastos de manutención infantil (SNAP, ACC)

- | | |
|---|-------------------------------|
| ✓ Manutención infantil que usted paga: resumen de ingresos si la manutención infantil se descuenta del salario o de los ingresos. | ✓ Copia de la orden judicial. |
|---|-------------------------------|

8. Para verificar los gastos médicos no cubiertos por el seguro (SNAP, EAD)

- | | |
|--|--|
| ✓ Resumen de los servicios prestados, por ejemplo, consultas al médico o en un hospital. | ✓ Envases de píldoras recetadas con el costo indicado en la etiqueta o el listado. |
| ✓ Recibos que indiquen gastos médicos no reembolsados. | ✓ Facturas o recibos de equipos médicos (incluido el costo del alquiler). |
| ✓ Póliza de seguro médico en la que se indique el monto de la prima. | |

9. Para verificar las relaciones entre los miembros del hogar (RIW, CCAP, ACC)

- | | |
|---|---|
| ✓ Documentos o registros de adopción. | ✓ Licencia de matrimonio o certificados de matrimonio tribal. |
| ✓ Registros de hospitales o de salud pública de nacimiento o filiación. | ✓ Documentos de divorcio o custodia. |
| ✓ Registros de paternidad y manutención infantil. | ✓ Documentos o registros de tutela. |

10. Para verificar su discapacidad o ceguera (RIW, SNAP, CCAP, GPA, EAD, LTSS)

- ✓ Comprobante de recibo de Seguro de Jubilación, Supervivencia y Discapacidad (RSDI, Retirement, Survivors, and Disability Insurance) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, Supplemental Security Income); copia de la carta de adjudicación o documentación similar de la Administración del Seguro Social o determinación actual de elegibilidad para el RSDI o la SSI por ceguera.
- ✓ Copia del informe del examen médico archivado en la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS, Office of Rehabilitation Services), Servicios para Ciegos y Discapacitados Visuales.
- ✓ Declaración de un profesional médico.

PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA SUPLEMENTARIA (SNAP)

Puede presentar su solicitud de inmediato siempre que esta contenga su nombre, su dirección y la firma de un miembro responsable del hogar o de su representante autorizado. Si se determina que es elegible, se calcularán los beneficios a partir de la fecha de recepción de este formulario en nuestra oficina. Debemos verificar la información que nos proporciona y tomar una determinación respecto de su solicitud dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de su presentación, a menos que tenga derecho a recibir un servicio acelerado. Para determinar si usted es o no elegible, es necesario realizar una entrevista. La fecha de presentación de la solicitud para los solicitantes preautorizados es la fecha de autorización de la institución.

Se le enviará un pedido por escrito si falta alguna verificación de su solicitud. Se rechazará su solicitud si la verificación que falta no se recibe dentro de los diez (10) días posteriores al pedido por escrito.

ASISTENCIA FINANCIERA (RIW) (GPA) (CCAP) (SSP)

Si solicita los programas RIW, GPA, CCAP o SSP y se determina que es elegible para los beneficios, tales beneficios se determinarán a partir de la fecha en la que se recibe la solicitud firmada.

MEDICAID (LTSS) (EAD)

La cobertura retroactiva de Medicaid para ciertos gastos médicos puede proporcionarse a los solicitantes elegibles a través de las vías de los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, Long-Term Services and Supports) y de los adultos mayores y adultos con discapacidad (EAD, Elders and Adults with Disabilities) por un máximo de tres (3) meses anteriores a la fecha en la que recibimos la solicitud firmada, siempre que se cumplan todos los factores de elegibilidad para cada mes. No existe una cobertura retroactiva disponible para los beneficiarios de la cobertura de atención médica asequible (ACC, Affordable Care Coverage) de Medicaid.

Los solicitantes pueden reunir los requisitos de Medicaid a través de más de una vía de elegibilidad. Si no sabe con certeza qué vía es la más adecuada para las necesidades de los solicitantes de su hogar, llame al 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347 para obtener ayuda).

ACERCA DE LOS PROGRAMAS

Los recuadros con letras que se encuentran junto a cada uno de los siguientes programas se utilizan en toda esta solicitud para identificar las preguntas que debe responder a fin de ser considerado para programas específicos. Responda solamente las preguntas de los programas que desea solicitar. Por ejemplo, si desea solicitar todos los programas, responda todas las preguntas. Si solicita solo RIW y ACC, debe responder las preguntas que tengan un recuadro que diga RIW o ACC sobre ellas, y puede dejar las otras preguntas en blanco.

RIW Asistencia monetaria del programa **RI Works (RIW)**: el programa RIW brinda asistencia monetaria durante una cantidad limitada de meses a las familias que necesitan un sustento, así como a aquellas personas que no pueden trabajar o que se encuentran capacitándose o buscando empleo. Los solicitantes del programa RIW deben estar a cargo del cuidado y la manutención de un hijo menor de 18 años, o bien de un hijo de entre 18 y 19 años si este asiste a la escuela secundaria a tiempo completo y tiene previsto graduarse antes de cumplir los 19 años. Una mujer embarazada que no tiene otros hijos puede reunir los requisitos para recibir asistencia si se encuentra en el tercer trimestre del embarazo. A fin de recibir los beneficios del programa RIW, debe asistir a una entrevista con un encargado de evaluar la elegibilidad y a una reunión con un trabajador social, quien elaborará un plan de empleo.

SNAP Programa de asistencia alimentaria suplementaria (**SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program**): el programa SNAP, que antes se conocía como cupones para alimentos, ayuda a las familias de bajos ingresos a comprar los alimentos necesarios para mantenerse saludables. Se determinará si es elegible para los beneficios del programa SNAP sobre la base de sus ingresos menos ciertos gastos permitidos. Deberá asistir a una entrevista en la oficina o participar en una entrevista telefónica a fin de que se le otorguen los beneficios del SNAP.

CCAP Programa de asistencia para el cuidado de niños (**CCAP, Child Care Assistance Program**): la Asistencia para el cuidado de niños está disponible para las familias con ingresos de hasta el 180 % del nivel federal de pobreza y está disponible solamente para cubrir las horas de trabajo o las capacitaciones de breve duración. Es posible que las familias deban pagar un copago de acuerdo con el tamaño del grupo familiar, el nivel de ingresos y la cantidad de hijos. Las familias que participan en el programa RIW automáticamente cumplen los requisitos de ingresos del programa CCAP. Antes de la inscripción, las personas que soliciten el programa RIW o participen en este y estén desempleadas deben analizar las opciones de cuidado de niños con un trabajador social como parte del proceso de evaluación y desarrollo del plan de empleo. En el caso de las familias que no participan en el programa RIW, a fin de ser elegibles para el programa CCAP, deben trabajar, al menos, 20 horas por semana y percibir el salario mínimo de Rhode Island o un salario superior.

GPA Programa de Asistencia pública general (**GPA, General Public Assistance**): la GPA está disponible para los adultos de 18 a 64 años de edad que tengan ingresos y recursos muy escasos y padezcan una enfermedad o afección crónica o incapacitante que les impida trabajar. Los adultos que tienen actualmente una solicitud pendiente de los beneficios de la SSI pueden considerarse elegibles para los beneficios de la GPA. Se debe realizar una determinación de cobertura de atención médica de ACC Medicaid antes de una determinación de elegibilidad basada en una enfermedad incapacitante. Los solicitantes de la GPA pueden solicitar la cobertura de atención médica de ACC Medicaid respondiendo las preguntas sobre ACC en esta solicitud, o bien a través de Internet en el sitio web www.healthyrhode.ri.gov.

SSP Programa de Pagos suplementarios del estado (SSP, State Supplemental Payment) de la SSI de Rhode Island: el estado de Rhode Island ofrece la tarifa federal de beneficios de la SSI para las personas elegibles. La autorización de los SSP mensuales para los beneficiarios actuales de los beneficios de la SSI se realizará de manera automática cuando presenten la solicitud ante la Administración del Seguro Social (SSA, Social Security Administration). Las personas cuya solicitud para los SSP haya sido rechazada por la SSA debido a ingresos excesivos deberán cumplir con los estándares de ingresos, recursos, edad o discapacidad (ser mayores de 65 años, discapacitados o ciegos) establecidos por Medicaid para las personas de bajos ingresos de la tercera edad o que tienen una discapacidad. Si el solicitante es elegible sobre la base de sus ingresos y presenta una reclamación por una discapacidad que no ha sido examinada ni determinada por la SSA, la Unidad de SSP enviará una derivación al Equipo Examinador de Medicaid (MART, Medicaid Review Team) para obtener una determinación de discapacidad.

ACC Cobertura de atención médica asequible; Medicaid y seguro médico privado con ayuda financiera (ACC, Affordable Care Coverage): Medicaid está disponible para padres o cuidadores con ingresos de hasta el 136 % del nivel federal de pobreza (FPL, Federal Poverty Level), niños con ingresos de hasta el 261 % del FPL, mujeres embarazadas con hasta el 253 % del FPL y adultos de 19 a 64 años con ingresos de hasta el 133 % del FPL que, de lo contrario, no sean elegibles para Medicaid y no sean elegibles para Medicare o no estén inscritos en Medicare a través de esta vía de elegibilidad. Los adultos que esperan una determinación de discapacidad emitida por un organismo gubernamental, tienen recursos que superan los límites de la elegibilidad para los beneficios de EAD o no cumplen los criterios para obtener la determinación de discapacidad pueden solicitar la cobertura de atención médica asequible de Medicaid a través de esta vía. Las familias y personas que no sean elegibles para Medicaid y tengan ingresos inferiores al 400 % del FPL pueden ser elegibles para recibir un crédito fiscal del gobierno federal para ayudar a pagar los costos de la cobertura a través de un plan médico privado. **También puede solicitar la cobertura en Internet en el sitio web www.healthyrhode.ri.gov o por teléfono, comunicándose con el centro de contacto de HealthSource RI (HSRI) al 1-855-840-4774.**

LTSS Servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid (LTSS, Long-Term Services and Supports): los LTSS están disponibles para las personas que cumplen con el nivel exigido de los requisitos financieros y de necesidad, y para las personas con discapacidades. A fin de ser elegible para recibir los LTSS, debe cumplir tanto los requisitos financieros como los de "nivel de atención médica" clínica. En el caso de las personas que reúnen los requisitos, los LTSS de Medicaid se pueden brindar en una institución médica, como un hogar de ancianos, en el hogar o en ciertos centros comunitarios previamente aprobados, incluidas algunas residencias de vida asistida. Entre los tipos de servicios a largo plazo que Medicaid cubre, se incluyen, entre otros, servicios de un asistente doméstico o asistente de enfermería certificado (CNA, Certified Nursing Assistant), adaptaciones del entorno, gestión de casos, cuidado autodirigido, cuidados de relevo, adaptaciones menores en el hogar y vivienda compartida o el programa Rite at Home. Los tipos de servicios y la elección del entorno donde se brindan los servicios dependerán de las necesidades de atención médica de cada persona.

EAD Medicaid: Cobertura médica de Medicaid para personas de la tercera edad de bajos ingresos y personas con discapacidades y adultos con discapacidades que trabajan/Plan Sherlock (EAD, Elders and Adults with Disabilities): a fin de reunir los requisitos de Medicaid para las personas de la tercera edad de bajos ingresos y las personas con discapacidades, una persona, o uno de los integrantes de una pareja, debe ser mayor de 65 años o tener una discapacidad. Las personas ciegas también son elegibles para recibir la cobertura en esta categoría. Los ingresos deben ser iguales o inferiores al 100 % del FPL y los recursos no pueden superar los \$4,000 en el caso de una persona y \$6,000 en el caso de una pareja. Además, en el caso de una persona menor de 65 años, el MART debe determinar que tiene una discapacidad que le impide realizar una actividad remunerada, incluido el trabajo, durante un plazo mínimo de un año. Algunos solicitantes que tienen ingresos o recursos superiores a estos montos pueden reunir los requisitos para recibir Medicaid a través de la vía de elegibilidad por necesidades médicas si tienen gastos médicos elevados cada mes. Se le brindará más información sobre esta vía si no cumple con los estándares de ingresos y recursos de EAD. Las personas que reciben la SSI sobre la base de edad o discapacidad son automáticamente elegibles para Medicaid y **no** necesitan completar esta solicitud. Las personas que reciben el Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI, Social Security Disability Insurance) deben presentar la solicitud, pero no tienen que someterse a la evaluación de discapacidad realizada por el MART. **Programa de Medicaid para las personas con discapacidades que trabajan (Plan Sherlock):** las personas elegibles conforme a esta categoría tienen derecho a recibir la serie completa de beneficios de Medicaid, los servicios domiciliarios y comunitarios, así como los servicios necesarios para obtener o conservar un empleo. A fin de ser elegible para este programa, una persona debe tener al menos dieciocho (18) años, cumplir con los requisitos de elegibilidad sobre la base de una discapacidad de Medicaid, ser capaz de demostrar un empleo remunerado activo, tener ingresos iguales o inferiores al 250 % del FPL y cumplir con estándares especiales de recursos.

MPP Programa de Pago de primas de Medicare (MPP, Medicare Premium Payment): la elegibilidad para el MPP se determina sobre la base de los ingresos. Este programa ayuda a los adultos mayores de 65 años y a los adultos con discapacidades a pagar la totalidad o parte de los costos de las primas, los deducibles y los copagos de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Medicare Parte A es la cobertura de seguro de hospitalización y Medicare Parte B cubre los servicios médicos, los equipos médicos duraderos y los servicios como paciente ambulatorio. Las personas con ingresos de hasta el 135 % del FPL son elegibles para participar en el programa MPP.

KB Katie Beckett (KB): el programa Katie Beckett ofrece la cobertura de Medicaid/seguro médico a niños menores de 19 años que viven en su hogar, pero tienen necesidades médicas complejas que generalmente requieren que la atención se brinde en un establecimiento médico, como un hospital o un hogar de convalecientes. A fin de determinar la elegibilidad para el programa Katie Beckett, solo se consideran los ingresos y recursos del niño que necesita cobertura. Un niño puede reunir los requisitos para los mismos servicios disponibles a través de esta vía si los ingresos de la familia están dentro de los límites para la cobertura de los grupos de ACC. Si necesita más información sobre la vía más adecuada para usted, llame al 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347).

SOLICITUD DE ASISTENCIA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND (DHS-2)

Necesita: ¿Ayuda para completar esta solicitud? ¿Ayuda lingüística gratuita?

Idioma preferido: _____ Idioma preferido para leer: _____

Deseo solicitar lo siguiente:

<input type="checkbox"/> RIW ASISTENCIA MONETARIA (RHODE ISLAND WORKS) <input type="checkbox"/> SNAP PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA SUPLEMENTARIA <input type="checkbox"/> CCAP PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS <input type="checkbox"/> GPA ASISTENCIA PÚBLICA GENERAL <input type="checkbox"/> SSP PROGRAMA DE PAGOS SUPLEMENTARIOS DEL ESTADO DE LA SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO DE RHODE ISLAND	<input type="checkbox"/> ACC MEDICAID/SEGURO MÉDICO PRIVADO CON AYUDA FINANCIERA <input type="checkbox"/> LTSS MEDICAD: SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO <input type="checkbox"/> KB PROGRAMA KATIE BECKETT: COBERTURA MÉDICA PARA NIÑOS CON DISCAPACIDADES GRAVES <input type="checkbox"/> MPP PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE MEDICARE <input type="checkbox"/> EAD COBERTURA MÉDICA DE MEDICAID PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, CIEGAS O DISCAPACITADAS O PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y ADULTOS CON DISCAPACIDADES QUE TRABAJAN (PLAN SHERLOCK)
--	--

Nombre, segundo nombre, apellido	Sufijo	Dirección de correo electrónico	Número de teléfono () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral
Dirección		Número de departamento/unidad:	Ciudad/pueblo
Estado	Código postal	Número de teléfono alternativo: () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral	¿Es indigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Horario más conveniente para llamar: <input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> anochecer <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> en cualquier momento			

Si su dirección postal es diferente, complete el siguiente recuadro. De lo contrario, déjelo en blanco.

Dirección o apdo. de correos	Ciudad	Estado	Código postal
------------------------------	--------	--------	---------------

SOLO PARA SOLICITANTES DEL SNAP: Responda las preguntas siguientes para ver si puede obtener los beneficios del SNAP con más rapidez (en un plazo de 7 días). Puede ser elegible para el servicio acelerado si el total de la suma de sus ingresos, dinero en efectivo y dinero en el banco es inferior a sus gastos mensuales de vivienda; o sus ingresos mensuales son inferiores a \$150 y su dinero en el banco y los recursos líquidos son inferiores a \$100; o es un trabajador agrícola migrante o temporal.

¿Cuánto dinero tienen los miembros de su hogar en efectivo o en una cuenta bancaria? \$ _____
¿Cuál es el monto total de ingresos de cualquier fuente (incluidos los ingresos no derivados del trabajo, como la manutención infantil, los beneficios de SSI, TDI, la compensación por desempleo, SSDI o RSDI, etc.) que su hogar prevé recibir este mes? \$ _____
¿Cuál es el monto de su pago mensual actual de alquiler o hipoteca? \$ _____ ¿Servicios públicos? \$ _____
¿Paga por la calefacción o refrigeración de su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Algún miembro del hogar es un trabajador agrícola migrante o temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Bajo pena de perjurio, doy fe de que toda la información contenida en la presente solicitud es verdadera. Comprendo que, si proporciono información errónea, infringiré la ley y podré recibir una sanción conforme a la ley federal, la ley estatal o ambas.

Firma del solicitante o beneficiario	Fecha	Firma del representante autorizado	Fecha
--------------------------------------	-------	------------------------------------	-------

****Puede arrancar esta hoja y presentar SOLO el anverso y el reverso de esta página con su nombre, dirección y firma, lo que nos permitirá fechar e iniciar esta solicitud. A fin de determinar la elegibilidad actual para los beneficios, debe firmar y completar el resto de esta solicitud y presentarla personalmente o enviarla por correo o por fax a la oficina del DHS.**

Si desea autorizar a alguien para que presente la solicitud en su nombre, utilice sus beneficios o reciba avisos importantes o facturas del seguro médico, responda las preguntas que aparecen a continuación. La selección de un representante autorizado es opcional. Tanto usted como su representante autorizado tendrán acceso a su cuenta electrónica. Si desea designar un representante autorizado, marque "Sí" a continuación y escriba los datos correspondientes. Su representante autorizado debe ser mayor de 18 años y puede ser un amigo, un pariente o cualquier persona que usted elija.

Desea que esta persona: ¿Solicite beneficios en su nombre? ¿Utilice sus beneficios? (Solo para beneficios del SNAP y beneficios monetarios del RIW) ¿Reciba avisos?

Nombre del representante autorizado		Dirección postal	
Número de teléfono principal () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro	Número de teléfono secundario () <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro	Dirección de correo electrónico	
Método preferido de contacto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo impreso		Horario preferido de contacto <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Cualquier momento	
Idioma hablado preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués	Idioma escrito preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués	Nombre e id. de la empresa u organización (si corresponde)	

COMPOSICIÓN DEL HOGAR: Enumere a los miembros de su hogar a continuación.

- **Solicitantes del SNAP:** escriba su nombre y los de todas las personas que viven en su hogar actualmente, aunque no deseen asistencia.
- **Solicitantes de cobertura médica o ACC:** escriba su nombre, el de otros familiares y el de toda persona incluida en su declaración de impuestos federales, si la presenta. Incluya a su pareja no casada (novio o novia) únicamente si viven juntos Y tienen un hijo en común. No incluya a su compañero de cuarto. Puede completar una solicitud para otras personas de su familia aunque usted no necesite cobertura o no sea elegible para recibirla.

Los miembros del hogar que optan por no solicitar beneficios no están obligados a responder preguntas sobre números de Seguro Social o información relativa a la ciudadanía.

Nombre (Primer nombre, apellido, inicial del segundo nombre, sufijo)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo M: Masculino F: Femenino	Número de Seguro Social (Obligatorio solo si se solicitan beneficios)	¿El nombre de esta persona es diferente en su tarjeta de Seguro Social? <i>Si la respuesta es sí, escriba a continuación el nombre como aparece en la tarjeta.</i>	¿Es ciudadano estadounidense? (Obligatorio solo si se solicitan beneficios)
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si su grupo familiar está compuesto por más miembros, enumérelos en la página 27 que dice "Para uso exclusivo del solicitante o beneficiario".

Si solicita los beneficios del SNAP, ¿cómo desea realizar la entrevista? Entrevista telefónica (O) Entrevista en la oficina
(Nota: En el caso de la asistencia monetaria del programa RIW, se exige una entrevista en la oficina. La entrevista por los programas SNAP y RIW puede ser combinada).

Teléfono: Día _____ Noche: _____

Es posible que necesitemos comunicarnos con usted con respecto al estado de su solicitud o para solicitar información adicional. ¿Cuál es su método preferido de contacto? Correo electrónico Correo impreso

Nota: Si solicita los beneficios del SNAP y selecciona "correo electrónico", por el momento, continuará recibiendo avisos por correo postal.

Vivo en (marque una opción):

<input type="checkbox"/> Residencia para ancianos/personas discapacitadas	<input type="checkbox"/> Indigente: vestíbulo, calle, automóvil	<input type="checkbox"/> Vivienda/tráiler propios	<input type="checkbox"/> Refugio/residencia de transición	<input type="checkbox"/> Casa/depto./tráiler alquilados
<input type="checkbox"/> Casa/departamento de otra persona		<input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación de drogas/alcohol		<input type="checkbox"/> Sin residencia permanente
<input type="checkbox"/> Institución/hogar para ancianos o convalecientes:		<input type="checkbox"/> Centro residencial de cuidado/vida asistida:		<input type="checkbox"/> Otro (describa):
Nombre de la institución:		Nombre de la institución:		

¿Alguien de su hogar solicita cobertura odontológica? Sí No Si la respuesta es sí, escriba sus nombres a continuación:

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

1

RIW SNAP CCAP GPA SSP ACC LTSS EAD MPP KB

Complete la siguiente información adicional sobre cada miembro de su hogar.

****Información sobre raza y origen étnico:** le pedimos que proporcione esta información para que podamos asegurarnos de que todas las personas puedan recibir los beneficios que necesiten y de que no discriminemos a nadie. No es obligatorio proporcionar esta información. Si elige no proporcionar esta información, esto no afectará su elegibilidad para recibir beneficios. En "raza", puede elegir más de una categoría.

Nombre	Relación con el solicitante principal	¿Vive con el solicitante principal? Sí o No Si la respuesta es no, escriba la dirección.	Etnia Escriba un número (ver a continuación)	Raza Escriba un número (ver a continuación)	Estado civil	¿Solicita beneficios?
	Solicitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, dirección:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Etnia: 1-Hispano 2-No hispano 3-Mexicano 4-Portorriqueño 5-Cubano 6-Otro hispano
 Raza: 1-Blanco 2-Negro o afroamericano 3-Indio americano o nativo de Alaska 4-Asiático 5-Indio asiático 6-Chino 7-Filipino 8-Japonés
 9-Coreano 10-Vietnamita 11-Otro asiático 12-Guameño 13-Chamorro 14-Samoano 15-Nativo de Hawái 16-Nativo de otras islas del Pacífico
 17-Otro

2

RIW SNAP CCAP GPA SSP ACC LTSS EAD MPP KB

¿Algún de los solicitantes obtiene beneficios o recibe asistencia en otro estado? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Qué estado? _____

3

SNAP

¿Algún solicitante ha solicitado o recibido anteriormente algún tipo de pago de asistencia, beneficios o los beneficios del SNAP o del Programa de cupones para alimentos en Rhode Island o en otro estado? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Qué estado? _____
 ¿Bajo qué nombre? _____ ¿Cuándo? _____
 ¿Qué tipos de beneficios se recibieron? _____

4

RIW SNAP

El DHS de Rhode Island utiliza un sistema telefónico automático para realizar "llamadas de recordatorio de citas" que le recordarán de su cita programada para la entrevista telefónica o en la oficina. Se realizan recordatorios para las citas de certificación y recertificación del SNAP y del programa Rhode Island Works. Dos días antes de la cita programada, se lo contactará de forma automática al número que escriba en esta solicitud, salvo que indique a continuación que no desea recibir este servicio.

Marque este recuadro si **no** desea recibir información sobre los siguientes pasos en el proceso de solicitud a través de un sistema telefónico automático:

5

RIW SNAP CCAP GPA SSP ACC LTSS EAD MPP KB

¿Alguno de los solicitantes está en prisión (detenido o encarcelado)? Sí NO

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____ ¿En qué institución? _____
 Fecha de encarcelamiento _____ Fecha de liberación _____

6

ACC

¿Alguno de los solicitantes se encontraba bajo la guarda y custodia del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de Rhode Island al cumplir 18 años? Sí NO

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

7

RIW CCAP GPA SSP ACC LTSS EAD MPP KB

¿Alguna de las solicitantes está embarazada? Sí No

Si la respuesta es Sí, complete los siguientes recuadros para cada mujer que esté embarazada.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de parto	Cantidad de bebés que espera

8

RIW SNAP ACC LTSS EAD MPP KB

¿Alguno de los solicitantes es un veterano retirado con honores o un miembro del servicio activo del ejército? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

9

RIW SNAP ACC LTSS EAD MPP KB

¿Alguno de los solicitantes es un veterano militar, un dependiente de un veterano o un sobreviviente de un veterano? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____ Marque una opción: veterano hijo cónyuge

10

ACC

¿Alguno de los solicitantes es un indio americano o un nativo de Alaska? Sí NO

Si la respuesta es sí, es posible que sea elegible para las protecciones de Medicaid de Rhode Island y para beneficios especiales. Complete la siguiente información.

¿Alguno de los solicitantes es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

Nombre de la tribu: _____ Estado de la tribu: _____

¿Esta persona ha recibido servicios del Servicio Médico para Nativos Americanos, Programa Tribal o Programa de Salud Indígena Urbano? Sí No

¿Esta persona es elegible para recibir servicios del Servicio Médico para Nativos Americanos, Programa Tribal o Programa de Salud Indígena Urbano a través de una derivación de uno de estos programas? Sí No

11

SNAP

Si solicita los beneficios del SNAP, deberá seleccionar un jefe del hogar. El jefe del hogar generalmente es un adulto padre de los niños del hogar o una persona que trabaja y proporciona el respaldo financiero para el hogar. Si no hay una persona que trabaje o sea padre o madre, puede seleccionar a cualquier adulto como jefe del hogar. Seleccione un jefe del hogar a continuación.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre

12

SNAP

¿Alguna de las personas que viven con usted compra y prepara los alimentos por separado? SÍ NO

Si la respuesta es sí, enumere las personas que compran y preparan los alimentos por separado.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre

13

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Usted o alguno de los miembros de su hogar *no* es ciudadano estadounidense? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete la información en los siguientes recuadros para cada persona que solicite beneficios y no sea un ciudadano estadounidense.

Si solicita la asistencia para el cuidado de niños o el programa Katie Beckett, responda esta pregunta solo con respecto al menor.

**Si usted no es ciudadano y solicita beneficios, la información que proporciona a continuación estará sujeta a verificación por parte de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, United States Citizen and Immigration Services), anteriormente denominados Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, Immigration and Naturalization Service) a través de la presentación de la información de esta solicitud a los USCIS. La información presentada recibida por los USCIS puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su hogar. Los miembros del hogar que optan por no solicitar beneficios no están obligados a proporcionar información sobre ciudadanía o inmigración. Los miembros del hogar que solicitan beneficios deben proporcionar información sobre ciudadanía o inmigración. El monto de los beneficios dependerá de la cantidad de personas que solicitan beneficios, pero los miembros del hogar elegibles que presenten la solicitud podrán obtener los beneficios aunque algunos miembros del hogar no los soliciten. Los miembros del hogar que no solicitan beneficios deberán proporcionar su información financiera si esta es necesaria para determinar la elegibilidad y el monto de los beneficios para las personas que los solicitan.

*Condición de no ciudadano: 1- Residente permanente legal (LPR, Lawful Permanent Resident/Tarjeta Verde) 2-Asilado 3-Refugiado 4-Inmigrante cubano/haitiano 5-Permiso provisional de entrada a los Estados Unidos 6-Inmigrante condicional 7-Cónyuge/hijo/padre abusado 8-Víctima de la trata de personas 9-Suspensión concedida de la deportación/salida 10-Visa de trabajo 11-Visa de estudiante 12-Estatus de protección temporal 13-Residente temporal legal 14-Otro (describalo).

Persona 1

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	*Condición de no ciudadano (ingrese uno de los números indicados anteriormente)

Proporcione información sobre su documentación a continuación:

N.º de registro de extranjero _____

N.º de certificado de naturalización _____

Tarjeta de residente permanente (Tarjeta Verde, I-551):

Tarjeta de autorización de empleo (I-766):

N.º de extranjero _____

N.º de extranjero _____

N.º de tarjeta _____

Registro de entrada/salida (I-94, I-94A) emitido por los USCIS:

Visa de inmigrante digital (con texto I-551 temporal)

Id. del SEVIS _____

N.º de visa _____ País de emisión _____

Id. del Sistema de Información de Estudiantes y Visitantes de Intercambio (SEVIS, Student and Exchange Visitor Information System):

N.º de extranjero _____

N.º de documento de viaje para refugiados (I-571) _____

Certificado de elegibilidad para estudiantes no inmigrantes (F-1)

Número de pasaporte extranjero _____

(I-20): Id. del SEVIS _____

N.º de permiso de reingreso (I-327): _____

País de emisión: _____

Certificado de elegibilidad para visitantes de intercambio (J-1) (DS2019) Sello temporal I-551 (en pasaporte o I-94, I-94A)

Id. del SEVIS _____ País de emisión: _____
 País de emisión _____ Número de extranjero: _____

Otros documentos o tipos de condiciones:

Descripción del documento _____ N.º de extranjero _____ Id. del SEVIS _____

Si su nombre es diferente en su documento de inmigración, proporcione el nombre que aparece en el documento:

Fecha de vencimiento del documento: ____/____/____ Fecha de entrada en los EE. UU. ____/____/____

País de origen: _____ ¿Vivió en EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996? Sí No

Si esta persona ha solicitado o recibido la condición de residente permanente, proporcione la fecha de determinación de condición o la fecha de residencia permanente del USCIS o INS: ____/____/____

¿Esta persona tiene un patrocinador? Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de patrocinador? Persona Agencia u organización

¿El patrocinador es un miembro del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, escriba el nombre del miembro del hogar: _____

Si el patrocinador es una persona u organización ajena al hogar, proporcione la siguiente información:

Nombre de la organización: _____ Nombre del patrocinador: _____
 Dirección: _____ Número de teléfono principal: _____
 Número de teléfono secundario: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Persona 2

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	*Condición de no ciudadano (<i>ingrese uno de los números ind</i>)

Proporcione información sobre su documentación a continuación:

N.º de registro de extranjero _____	N.º de certificado de naturalización _____
Tarjeta de residente permanente (Tarjeta Verde, I-551):	Tarjeta de autorización de empleo (I-766):
N.º de extranjero _____	N.º de extranjero _____
N.º de tarjeta _____	Registro de entrada/salida (I-94, I-94A) emitido por los USCIS:
Visa de inmigrante digital (con texto I-551 temporal)	Id. del SEVIS _____
N.º de visa _____ Países de emisión _____	Id. del Sistema de Información de Estudiantes y Visitantes de Intercambio (SEVIS, Student and Exchange Visitor Information System):
N.º de extranjero _____	_____
N.º de documento de viaje para refugiados (I-571) _____	Certificado de elegibilidad para estudiantes no inmigrantes (F-1)
Número de pasaporte extranjero _____	(I-20): Id. del SEVIS _____
N.º de permiso de reingreso (I-327): _____	País de emisión: _____
Certificado de elegibilidad para visitantes de intercambio (J-1) (DS2019) Sello temporal I-551 (en pasaporte o I-94, I-94A)	
Id. del SEVIS _____	País de emisión: _____
País de emisión _____	Número de extranjero: _____
Otros documentos o tipos de condiciones:	
Descripción del documento _____	N.º de extranjero _____ Id. del SEVIS _____

Si su nombre es diferente en su documento de inmigración, proporcione el nombre que aparece en el documento:

Fecha de vencimiento del documento: ____/____/____ Fecha de entrada en los EE. UU. ____/____/____

País de origen: _____ ¿Vivió en EE. UU. antes del 22 de agosto de 1996? Sí No

Si esta persona ha solicitado o recibido la condición de residente permanente, proporcione la fecha de determinación de condición o la fecha de residencia permanente del USCIS o INS: ____/____/____

¿Esta persona tiene un patrocinador? Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de patrocinador? Persona Agencia u organización

¿El patrocinador es un miembro del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, escriba el nombre del miembro del hogar: _____

Si el patrocinador es una persona u organización ajena al hogar, proporcione la siguiente información:

Nombre de la organización: _____ Nombre del patrocinador: _____

Dirección: _____ Número de teléfono principal: _____

Número de teléfono secundario: _____ Dirección de correo electrónico: _____

14

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Usted o alguno de los miembros de su hogar tiene una discapacidad o enfermedad mental, emocional o física, o es ciego? Sí No

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada persona.

Persona 1:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Problema médico (describalo)	¿Fue provocado por un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona ha solicitado SSI o beneficios del Seguro Social (SSDI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba la fecha de la solicitud: ____/____/____				
¿La Administración del Seguro Social ha determinado oficialmente que esta persona vive con una discapacidad o es ciega? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Esta persona recibe servicios de la Oficina de Servicios de Rehabilitación de Rhode Island o Servicios para Ciegos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si esta persona es un padre o una madre que no trabaja, ¿la discapacidad de esta persona le impide ocuparse de sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Se prevé que esta discapacidad dure, al menos, 12 meses e impida que esta persona trabaje o vaya a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Esta persona necesita ayuda para las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, acostarse, las tareas cotidianas, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Esta persona necesita servicios de cuidado a largo plazo en el hogar o en un entorno comunitario o un establecimiento médico, como un hogar de convalecientes, para mejorar su afección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Persona 2:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Problema médico (describalo)	¿Fue provocado por un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona ha solicitado SSI o beneficios del Seguro Social (SSDI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba la fecha de la solicitud: ____/____/____				
¿La Administración del Seguro Social ha determinado oficialmente que esta persona vive con una discapacidad o es ciega? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Esta persona recibe servicios de la Oficina de Servicios de Rehabilitación de Rhode Island o Servicios para Ciegos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si esta persona es un padre o una madre que no trabaja, ¿la discapacidad de esta persona le impide ocuparse de sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Se prevé que esta discapacidad dure, al menos, 12 meses e impida que esta persona trabaje o vaya a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Esta persona necesita ayuda para las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, acostarse, las tareas cotidianas, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Esta persona necesita servicios de cuidado a largo plazo en el hogar o en un entorno comunitario o un establecimiento médico, como un hogar de convalecientes, para mejorar su afección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

15

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Usted o algún miembro del hogar espera recibir ingresos de un empleo este mes? Sí No

Nota: Si es un trabajador por cuenta propia, se le solicitará que proporcione esa información en la pregunta siguiente.

EJEMPLOS: salarios o sueldos, comisiones, Guardia Nacional, Reserva del Ejército, estudio y trabajo, capacitación laboral, taller protegido, ejército de los Estados Unidos, servicio como jurado, ingresos laborales obtenidos en el extranjero

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada persona que está empleada y cada trabajo.

Persona 1/trabajo 1:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del empleador, dirección o número de identificación del empleador, si está disponible

Fecha de inicio del empleo		Tipo de trabajo		Día de pago	
Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otra _____					
Promedio de horas trabajadas cada semana _____					
Indique el monto bruto cobrado cada día de los últimos 30 días.					
Día de pago	Fecha de pago	Fecha de cierre del período de pago	Horas trabajadas por período de pago	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/comisiones
1.º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
2.º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
3.º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
4.º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____
¿Recibió un crédito fiscal por ingresos laborales en su recibo de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Este empleo forma parte de un programa de estudio y trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es este un programa de capacitación en el puesto de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibirá este ingreso el próximo mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Indique la cantidad de horas y el monto de la remuneración que prevé recibir el próximo mes:					
Cantidad de horas: _____ Ingresos brutos previstos: \$ _____ Propinas/comisiones: \$ _____					
¿Esta persona tiene gastos laborales exigidos por el empleador o debido a que es ciega o tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba el tipo de gasto: _____		Monto del gasto: \$ _____	
¿Recibió esta persona compensación por desempleo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba las fechas en que la recibió: Desde _____ hasta _____		¿Rechazó esta persona una oferta de empleo o un programa de capacitación en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si los ingresos de esta persona no son iguales todos los meses, ¿cuánto cree que ganará esta persona el año próximo? \$ _____					

Persona 2/trabajo 2:

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Nombre del empleador, dirección o número de identificación del empleador, si está disponible			
Fecha de inicio del empleo		Tipo de trabajo		Día de pago					
Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otra _____									
Promedio de horas trabajadas cada semana _____									
Indique el monto bruto cobrado cada día de los últimos 30 días.									
Día de pago	Fecha de pago	Fecha de cierre del período de pago	Horas trabajadas por período de pago	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/comisiones				
1.º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____				
2.º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____				
3.º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____				
4.º	____/____/____	____/____/____		\$ _____	\$ _____				
¿Recibió un crédito fiscal por ingresos laborales en su recibo de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Este empleo forma parte de un programa de estudio y trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Es este un programa de capacitación en el puesto de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibirá este ingreso el próximo mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Indique la cantidad de horas y el monto de la remuneración que prevé recibir el próximo mes:									
Cantidad de horas: _____ Ingresos brutos previstos: \$ _____ Propinas/comisiones: \$ _____									
¿Esta persona tiene gastos laborales exigidos por el empleador o debido a que es ciega o tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba el tipo de gasto: _____		Monto del gasto: \$ _____					
¿Recibió esta persona compensación por desempleo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba las fechas en que la recibió: Desde _____ hasta _____		¿Rechazó esta persona una oferta de empleo o un programa de capacitación en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si los ingresos de esta persona no son iguales todos los meses, ¿cuánto cree que ganará esta persona el año próximo? \$ _____									

Persona 3/trabajo 3:

Apellido		Nombre Inicial del segundo nombre		Nombre del empleador, dirección o número de identificación del empleador, si está disponible	
Fecha de inicio del empleo / /		Tipo de trabajo		Día de pago	
Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otra _____					
Promedio de horas trabajadas cada semana _____					
Indique el monto bruto cobrado cada día de los últimos 30 días.					
Día de pago	Fecha de pago	Fecha de cierre del período de pago	Horas trabajadas por período de pago	Salario bruto antes de impuestos	Propinas/comisiones
1.º	/ /	/ /		\$	\$
2.º	/ /	/ /		\$	\$
3.º	/ /	/ /		\$	\$
4.º	/ /	/ /		\$	\$
¿Recibió un crédito fiscal por ingresos laborales en su recibo de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Este empleo forma parte de un programa de estudio y trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es este un programa de capacitación en el puesto de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Recibirá este ingreso el próximo mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Indique la cantidad de horas y el monto de la remuneración que prevé recibir el próximo mes:					
Cantidad de horas: _____		Ingresos brutos previstos: \$ _____		Propinas/comisiones: \$ _____	
¿Esta persona tiene gastos laborales exigidos por el empleador o debido a que es ciega o tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba el tipo de gasto:		Monto del gasto: \$ _____	
¿Recibió esta persona compensación por desempleo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba las fechas en que la recibió: Desde _____ hasta _____		¿Rechazó esta persona una oferta de empleo o un programa de capacitación en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si los ingresos de esta persona no son iguales todos los meses, ¿cuánto cree que ganará esta persona el año próximo? \$ _____					

16

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Usted, su cónyuge u otra persona del hogar recibe ingresos por empleo por cuenta propia? SÍ NO

EJEMPLOS: negocio en la casa, ventas por Internet (*por ejemplo, EBay, Craigslist*), agricultura, pesca, cuidado de niños, ventas puerta a puerta, ventas desde la casa, limpieza de casas.

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada persona. Adjunte la documentación de los gastos.

Persona 1/trabajo 1:

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Ingresos brutos/frecuencia		Cantidad promedio de horas trabajadas por semana	
						\$ _____ por _____			
Tipo de empresa			Nombre de la empresa			¿Recibirá este ingreso los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Gastos mensuales totales relacionados con la empresa: \$ _____			¿Cuántos ingresos netos (ingresos menos gastos) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes? Marque una opción: \$ _____ <input type="checkbox"/> Ganancia <input type="checkbox"/> Pérdida						
Si cuida niños en su casa, escriba la cantidad de niños que cuida:						Cantidad de semanas trabajadas:			

Persona 2/trabajo 2:

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Ingresos brutos/frecuencia		Cantidad promedio de horas trabajadas por semana	
						\$ _____ por _____			

Tipo de empresa	Nombre de la empresa	¿Recibirá este ingreso los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Gastos mensuales totales relacionados con la empresa: \$ _____	¿Cuántos ingresos netos (ingresos menos gastos) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes? Marque una opción: \$ _____ <input type="checkbox"/> Ganancia <input type="checkbox"/> Pérdida	
Si cuida niños en su casa, escriba la cantidad de niños que cuida:	Cantidad de semanas trabajadas:	

17 **RIW** **SNAP** **CCAP** **GPA** **SSP** **ACC** **LTSS** **EAD** **MPP** **KB**

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar recibe o tiene previsto recibir ingresos que no sean procedentes de un trabajo o un empleo por cuenta propia, como los ejemplos que se incluyen a continuación? (Esto incluye el dinero que le dé un amigo o familiar). SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada persona.

Si solicita **ACC** únicamente, no informe lo siguiente: SSI, beneficios por discapacidad para veteranos, manutención infantil, regalos, fondos provenientes de préstamos (por ejemplo, préstamos para estudiantes, préstamos hipotecarios o préstamos bancarios) o becas para clases. Proporcione más información sobre sus pagos de dividendos, pagos de intereses, ganancias o pérdidas de capital, o ingresos de asociaciones no incluidas en sus ingresos de empleo por cuenta propia. Para *todas los demás programas*, indique la parte de los préstamos para estudiantes, becas, asignaciones o becas académicas que se utiliza para los gastos básicos.

- EJEMPLOS:**
- | | | | |
|---|---|--|--|
| Subsidio por adopción | Plan 401(k) | Jubilación de empleados ferroviarios | Compensación por desempleo |
| Asignación judicial | Regalos, premios, herencias, sorteos | Regalías | Asistencia recibida en dinero en efectivo |
| Patrocinio de extranjero | Contribución para gastos de vivienda | Jubilación | Ayuda y asistencia de VA |
| Cuota alimentaria | Reintegro del impuesto sobre los ingresos | Seguro Social (RSDI) | Indemnización de VA |
| Anualidades | Otros aportes de caridad | Pago de servicios públicos de la Sección 8 | Beneficios básicos de VA |
| Ganancias netas de capital/inversión | Ganancias de juegos de azar | | |
| Ingresos | Ingresos por regalías | Ingresos en concepto de intereses | Ingresos procedentes de asociaciones |
| Manutención infantil | Reclamación del seguro o demanda | SSI, SSDI | Pensión mejorada de VA |
| Dividendos, intereses | Beneficios por huelga | Indemnización de trabajadores | Distribuciones de cuenta IRA |
| Reintegro del crédito fiscal por ingresos laborales | Asignación militar | TDI | Pagaré |
| Cuidado temporal | Asistencia fuera del estado | Fondos fiduciarios | Ingresos de estudiantes (préstamos, becas) |

Persona 1:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Monto/frecuencia	Fecha de cobro del ingreso
			\$ _____ por _____	____ / ____ / ____
Número de reclamación (si corresponde)	Tipo de ingreso		¿Recibirá este ingreso los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene o le retienen gastos relacionados con este ingreso? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, describa los gastos:		Monto de los gastos: _____	

Persona 2:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Monto/frecuencia	Fecha de cobro del ingreso
			\$ _____ por _____	____ / ____ / ____
Número de reclamación (si corresponde)	Tipo de ingreso		¿Recibirá este ingreso los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene o le retienen gastos relacionados con este ingreso? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, describa los gastos:		Monto de los gastos: _____	

Persona 3:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Monto/frecuencia	Fecha de cobro del ingreso
			\$ _____ por _____	____ / ____ / ____
Número de reclamación (si corresponde)	Tipo de ingreso		¿Recibirá este ingreso los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

¿Tiene o le retienen gastos relacionados con este ingreso? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, describa los gastos:	Monto de los gastos: _____
--	---	-------------------------------

Persona 4:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Monto/frecuencia \$ _____ por _____	Fecha de cobro del ingreso ____/____/____
Número de reclamación (si corresponde)		Tipo de ingreso		¿Recibirá este ingreso los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene o le retienen gastos relacionados con este ingreso? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Si la respuesta es sí, describa los gastos:		Monto de los gastos: _____

Si algún miembro del hogar prevé recibir un ingreso en los próximos 12 meses, complete el siguiente recuadro para esa persona.				
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de ingreso previsto	Fecha prevista de cobro del ingreso ____/____/____

18 **ACC**

Informe las deducciones tributarias permitidas adicionales que no se hayan informado anteriormente en esta solicitud.

El objetivo de una deducción tributaria es reducir el ingreso imponible. Si paga alguno de los gastos enumerados a continuación, su ingreso es menor y puede reducir el costo de su seguro médico. Si ha informado los gastos anteriormente en las preguntas 15 a 17, no debe informarlos nuevamente aquí.

Ejemplos de deducciones permitidas:

- | | | |
|--|---|--|
| Contribuciones a una cuenta de ahorros para la salud (HSA, Health Savings Account) | Pago de intereses de préstamos para estudiantes | Deducciones IRA/401K |
| Planes de jubilación y seguro médico de empleo por cuenta propia | Gastos de maestro | Actividades nacionales de producción |
| Sanciones pagadas por retiro anticipado de ahorros | Matrículas y tasas escolares | Gastos comerciales de artistas del espectáculo, reservistas y funcionarios públicos que prestan servicios a base de honorarios |
| Costos de mudanza relacionados con un cambio de trabajo | | |

<input type="checkbox"/> Cuota alimentaria pagada ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Intereses de préstamos para estudiantes ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Matrícula y tasas escolares ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Otro ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otro ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otro ¿Quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

19 **ACC**

Complete los siguientes recuadros para cada miembro del hogar, aunque el contribuyente o dependiente en la declaración de impuestos no esté en su hogar.

Nombre	¿Esta persona tiene previsto presentar una declaración del impuesto federal sobre la renta el año próximo?	¿Esta persona presentará la declaración en forma conjunta con un cónyuge/pareja? <i>(Si es casado, debe presentar la declaración de forma conjunta a fin de reunir los requisitos para obtener un crédito fiscal).</i>	¿Esta persona tiene dependientes en la declaración de impuestos? <i>(Un dependiente puede ser declarado por un solo declarante. En el caso de los declarantes conjuntos, debe enumerar los dependientes del declarante que firmará el formulario de impuestos).</i>	¿Esta persona está declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	¿Cuál es la relación de esta persona con el declarante?
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el nombre del cónyuge/pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el nombre de los dependientes en la declaración de impuestos:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba en el nombre del declarante:	

	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el nombre del cónyuge/pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el nombre de los dependientes en la declaración de impuestos:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba en el nombre del declarante:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el nombre del cónyuge/pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el nombre de los dependientes en la declaración de impuestos:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba en el nombre del declarante:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el nombre del cónyuge/pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el nombre de los dependientes en la declaración de impuestos:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba en el nombre del declarante:	

20

ACC

LTSS

EAD

MPP

¿Algún miembro del hogar está inscrito en una cobertura médica o *tiene acceso a una cobertura médica actualmente*? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada persona/tipo de seguro.

*Ejemplos de tipos de seguro: TriCare, seguro médico para veteranos, Cuerpo de Paz, Medicare, seguro del empleador, seguro privado, Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), seguro odontológico, plan de jubilados, otro.

Nombre	Nombre de la compañía de seguros	N.º de póliza de seguro o n.º de reclamación de Medicare	*Tipo de seguro (consulte los ejemplos anteriores)	¿Está inscrito actualmente?
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿prevé inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿prevé inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿prevé inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿prevé inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿prevé inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____
		Prima mensual: _____	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es no, ¿prevé inscribirse? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inicio: _____

Complete la siguiente información si existen modificaciones previstas a alguno de los seguros de empleador enumerados anteriormente.

Nombre de la persona con cobertura del empleador: _____ <input type="checkbox"/> El empleador prevé cancelar el plan el (MM/DD/AAAA): _____ <input type="checkbox"/> Será elegible el (MM/DD/AAAA): _____
Nombre de la persona con cobertura del empleador: _____ <input type="checkbox"/> El empleador prevé cancelar el plan el (MM/DD/AAAA): _____ <input type="checkbox"/> Será elegible el (MM/DD/AAAA): _____

Complete la siguiente información para todos los miembros de la familia que soliciten la cobertura médica.

Nombre: Última vez que tuvo cobertura de un seguro médico: Dentro del último año: ____/____/____ Hace entre 1 y 3 años
 Hace más de 3 años Nunca Otro/no asegurado

Nombre: Última vez que tuvo cobertura de un seguro médico: Dentro del último año: ____/____/____ Hace entre 1 y 3 años
 Hace más de 3 años Nunca Otro/no asegurado

21**RIW****SNAP****CCAP****ACC****Complete los siguientes recuadros sobre los estudios que ha completado cada miembro de su hogar.****Persona 1:**

Nombre	Último grado que completó	Fecha de graduación de la escuela secundaria (si se graduó): ____/____/____	¿Recibió el diploma de equivalencia general (GED, General Equivalency Diploma)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------	---------------------------	--	--	--

Si asiste a la escuela, escriba el nombre de la escuela: _____ Asistencia: Tiempo completo Medio tiempo Menos de medio tiempo

Tipo: <input type="checkbox"/> De jardín de infantes a 12.º grado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela de capacitación para el trabajo <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Escuela de oficios <input type="checkbox"/> Otro	Fecha prevista de graduación: ____/____/____
---	--

¿Participa en un programa de estudio y trabajo? Sí No ¿Participa en un programa de capacitación? Sí No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre del programa de capacitación: _____

Persona 2:

Nombre	Último grado que completó	Fecha de graduación de la escuela secundaria (si se graduó): ____/____/____	¿Recibió el GED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------	---------------------------	--	---	--

Si asiste a la escuela, escriba el nombre de la escuela: _____ Asistencia: Tiempo completo Medio tiempo Menos de medio tiempo

Tipo: <input type="checkbox"/> De jardín de infantes a 12.º grado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela de capacitación para el trabajo <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Escuela de oficios <input type="checkbox"/> Otro	Fecha prevista de graduación: ____/____/____
---	--

¿Participa en un programa de estudio y trabajo? Sí No ¿Participa en un programa de capacitación? Sí No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre del programa de capacitación: _____

Persona 3:

Nombre	Último grado que completó	Fecha de graduación de la escuela secundaria (si se graduó): ____/____/____	¿Recibió el GED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------	---------------------------	--	---	--

Si asiste a la escuela, escriba el nombre de la escuela: _____ Asistencia: Tiempo completo Medio tiempo Menos de medio tiempo

Tipo: <input type="checkbox"/> De jardín de infantes a 12.º grado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela de capacitación para el trabajo <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Escuela de oficios <input type="checkbox"/> Otro	Fecha prevista de graduación: ____/____/____
---	--

¿Participa en un programa de estudio y trabajo? Sí No ¿Participa en un programa de capacitación? Sí No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre del programa de capacitación: _____

Persona 4:

Nombre	Último grado que completó	Fecha de graduación de la escuela secundaria (si se graduó): ____/____/____	¿Recibió el GED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asiste a la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------	---------------------------	--	---	--

Si asiste a la escuela, escriba el nombre de la escuela: _____ Asistencia: Tiempo completo Medio tiempo Menos de medio tiempo

Tipo: <input type="checkbox"/> De jardín de infantes a 12.º grado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela de capacitación para el trabajo <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Escuela de oficios <input type="checkbox"/> Otro	Fecha prevista de graduación: ____/____/____
---	--

¿Participa en un programa de estudio y trabajo? Sí No ¿Participa en un programa de capacitación? Sí No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre del programa de capacitación: _____

22

RIW

SNAP

LTSS

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del hogar viven en una institución de vida comunitaria, como las que se enumeran a continuación? SÍ NO

Refugio para indigentes Centro de tratamiento de drogadicción Hospital Hogar comunitario
 Centro de tratamiento de alcoholismo Refugio para víctimas de violencia doméstica Institución de vida asistida Residencia estudiantil

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre de la institución	Tipo de institución	¿Cantidad de comidas provistas por día?

23

SNAP

¿Usted o algún miembro de su hogar se esconde o es un fugitivo de la ley para evitar un proceso judicial, una detención o un arresto debido a un delito, un intento de delito o una infracción de la libertad condicional o bajo palabra? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada miembro del hogar.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha del veredicto	Estado

24

CCAP

Si solicita asistencia para el cuidado de niños, indique su cronograma con respecto al cuidado de niños que necesita. Complete la tabla siguiente con el motivo por el cual necesita el cuidado de niños y escriba el horario de dicho servicio para cada día.

Persona 1:

Nombre del padre o la madre:		Nombre del menor:	
Día	Motivo (<i>marque las casillas correspondientes</i>)	Hora de inicio	Hora de finalización
Lunes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Martes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Miércoles	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Jueves	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Viernes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Sábado	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Domingo	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Si su cronograma varía, explique los cambios (puede enviar documentación adicional que los corrobore).			

Persona 2:

Nombre del padre o la madre:		Nombre del menor:	
Día	Motivo (<i>marque las casillas correspondientes</i>)	Hora de inicio	Hora de finalización
Lunes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Martes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Miércoles	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		

Jueves	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Viernes	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Sábado	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		
Domingo	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Finalización de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a una enfermedad		

Si su cronograma varía, explique los cambios (puede enviar documentación adicional que los corrobore).

25**RIW****SNAP**

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar paga por alojamiento o alojamiento con comida incluida? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete el siguiente recuadro para el miembro del hogar que paga por alojamiento o alojamiento con comida incluida.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Monto pagado/frecuencia	¿Qué cubre el alojamiento o el alojamiento con comida incluida?
			\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> Solo alojamiento <input type="checkbox"/> Comidas (1 o 2) <input type="checkbox"/> Comidas (3)

¿A quién se le paga el alojamiento o alojamiento con comida?

26**RIW****CCAP****GPA****SSP****LTSS****EAD****MPP****KB**

¿Algún miembro de su hogar, incluido usted, tiene una reclamación o demanda por enfermedades o lesiones provocadas por un accidente automovilístico o laboral u otro asunto por el que usted pueda recibir dinero? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada persona.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de reclamación (describala)	Fecha del incidente	¿Indemnización de trabajadores?
				____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona (o empresa) responsable/dirección			Nombre de la compañía de seguros/dirección		
Nombre del abogado			Dirección del abogado		Número de reclamación

27a**RIW****CCAP****ACC**

¿Hay niños en el hogar cuyo padre o madre (biológico o adoptivo) viva fuera del hogar o haya fallecido? SÍ NO

Si solicita la **ACC**, la respuesta a esta pregunta es opcional. Si la respuesta es SÍ, comprendo que se me solicitará que coopere con la Oficina de Servicios de Manutención Infantil que recauda los pagos de asistencia médica del progenitor que no tiene la custodia. Si creo que la cooperación para recaudar los pagos de asistencia médica me causará daños a mí o a mi hijo, puedo informárselo a dicho organismo y es posible que no tenga que cooperar.

27b**RIW****CCAP**

Si respondió sí a la pregunta 27a y solicita los beneficios del programa RIW o CCAP, complete los siguientes recuadros para cada padre o madre que vive fuera del hogar (progenitor que no tiene la custodia) o que ha fallecido.

La ley estatal presupone que los niños nacidos durante el tiempo en que una pareja está casada o dentro de los 10 meses posteriores a una sentencia definitiva de divorcio son sus hijos. Mencione al cónyuge o excónyuge como el progenitor que no tiene la custodia de los niños nacidos durante ese período. Si la sentencia de divorcio u orden judicial excluye a su cónyuge o excónyuge como progenitor de alguno de los niños mencionados en la solicitud, debe mencionar al progenitor biológico de los niños y presentar copias del decreto u orden judicial junto con esta solicitud.

Progenitor 1:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre del progenitor fallecido/que no tiene la custodia	Sexo	N.º de Seguro Social del progenitor fallecido/que no tiene la custodia	Fecha de nacimiento
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____	____/____/____

Dirección del progenitor que no tiene la custodia		Teléfono del progenitor que no tiene la custodia			
Nombre del empleador		Dirección del empleador		¿Este progenitor tiene una discapacidad o es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El niño nació durante el matrimonio o dentro de los 300 días posteriores al fin del matrimonio debido a un fallecimiento o divorcio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba la fecha del casamiento. _____/_____/_____		¿El padre y la madre del niño están <i>actualmente</i> casados el uno con el otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, escriba la fecha del divorcio._____/_____/_____		Estado civil del progenitor que no tiene la custodia <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> No se sabe	
Datos del progenitor que no tiene la custodia: Raza: Etnia: Color del cabello: Talla: Peso: Ciudad de nacimiento: Estado de nacimiento:					
¿Alguna vez ha estado en la cárcel el progenitor que no tiene la custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba la fecha de inicio del encarcelamiento: _____/_____/_____		Fecha de finalización del encarcelamiento: _____/_____/_____	
¿Ha fallecido uno de los progenitores de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba la fecha del fallecimiento del progenitor fallecido: _____/_____/_____			
Hijos de este progenitor que no tiene la custodia que viven en el hogar del solicitante. Apellido Nombre Inicial del segundo nombre del niño		Estado de nacimiento	¿Se ha establecido por orden judicial la manutención infantil, cobertura médica o paternidad? (Si la respuesta es sí, marque el tipo de cobertura y escriba la fecha).		
1.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Solicitamos información sobre el progenitor que no tiene la custodia para solicitarle la manutención infantil. Si teme que el progenitor que no tiene la custodia los dañe a usted o a su hijo si usted nos ayuda en este proceso, es posible que se lo exima de cooperar. Lo derivaremos a un abogado especializado en violencia doméstica, quien analizará la situación con usted y lo ayudará a planificar medidas de seguridad. Marque este recuadro si teme que usted o su hijo sufrarán daños si nos ayuda a cobrar los pagos de manutención infantil: <input type="checkbox"/>					

Progenitor 2:

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre del progenitor fallecido/que no tiene la custodia		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social del progenitor fallecido/que no tiene la custodia _____/_____/_____		Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección del progenitor que no tiene la custodia		Teléfono del progenitor que no tiene la custodia			
Nombre del empleador		Dirección del empleador		¿Este progenitor tiene una discapacidad o es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El niño nació durante el matrimonio o dentro de los 300 días posteriores al fin del matrimonio debido a un fallecimiento o divorcio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba la fecha del casamiento. _____/_____/_____		¿El padre y la madre del niño están <i>actualmente</i> casados el uno con el otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, escriba la fecha del divorcio. _____/_____/_____		Estado civil del progenitor que no tiene la custodia <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> No se sabe	
Datos del progenitor que no tiene la custodia: Raza: Etnia: Color del cabello: Talla: Peso: Ciudad de nacimiento: Estado de nacimiento:					
¿Alguna vez ha estado en la cárcel el progenitor que no tiene la custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba la fecha de inicio del encarcelamiento: _____/_____/_____		Fecha de finalización del encarcelamiento: _____/_____/_____	

¿Ha fallecido uno de los progenitores de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba la fecha del fallecimiento del progenitor fallecido: ____/____/____			
Hijos de este progenitor que no tiene la custodia que viven en el hogar del solicitante. Apellido Nombre Inicial del segundo nombre del niño		Estado de nacimiento	¿Se ha establecido por orden judicial la manutención infantil, cobertura médica o paternidad? (Si la respuesta es sí, marque el tipo de cobertura y escriba la fecha).		
1.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____
2.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____
3.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____
Solicitamos información sobre el progenitor que no tiene la custodia para solicitarle la manutención infantil. Si teme que el progenitor que no tiene la custodia los dañe a usted o a su hijo si usted nos ayuda en este proceso, es posible que se lo exima de cooperar. Lo derivaremos a un abogado especializado en violencia doméstica, quien analizará la situación con usted y lo ayudará a planificar medidas de seguridad. Marque este recuadro si teme que usted o su hijo sufrarán daños si nos ayuda a cobrar los pagos de manutención infantil: <input type="checkbox"/>					

Progenitor 3:

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre del progenitor fallecido/que no tiene la custodia		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social del progenitor fallecido/que no tiene la custodia ____/____/____		Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección del progenitor que no tiene la custodia			Teléfono del progenitor que no tiene la custodia		
Nombre del empleador		Dirección del empleador	¿Este progenitor tiene una discapacidad o es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El niño nació durante el matrimonio o dentro de los 300 días posteriores al fin del matrimonio debido a un fallecimiento o divorcio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El padre y la madre del niño están <i>actualmente</i> casados el uno con el otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado civil del progenitor que no tiene la custodia <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> No se sabe		
Si la respuesta es sí, escriba la fecha del casamiento. ____/____/____		Si la respuesta es no, escriba la fecha del divorcio. ____/____/____			
Datos del progenitor que no tiene la custodia: Raza: Etnia: Color del cabello: Talla: Peso: Ciudad de nacimiento: Estado de nacimiento:					
¿Alguna vez ha estado en la cárcel el progenitor que no tiene la custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba la fecha de inicio del encarcelamiento: ____/____/____		Fecha de finalización del encarcelamiento: ____/____/____	
¿Ha fallecido uno de los progenitores de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, escriba la fecha del fallecimiento del progenitor fallecido: ____/____/____			
Hijos de este progenitor que no tiene la custodia que viven en el hogar del solicitante. Apellido Nombre Inicial del segundo nombre del niño		Estado de nacimiento	¿Se ha establecido por orden judicial la manutención infantil, cobertura médica o paternidad? (Si la respuesta es sí, marque el tipo de cobertura y escriba la fecha).		
1.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____
2.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____
3.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____

Solicitamos información sobre el progenitor que no tiene la custodia para solicitarle la manutención infantil. Si teme que el progenitor que no tiene la custodia los dañe a usted o a su hijo si usted nos ayuda en este proceso, es posible que se lo exima de cooperar. Lo derivaremos a un abogado especializado en violencia doméstica, quien analizará la situación con usted y lo ayudará a planificar medidas de seguridad. **Marque este recuadro si teme que usted o su hijo sufrarán daños si nos ayuda a cobrar los pagos de manutención infantil:**

Persona 4:

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre del progenitor fallecido/que no tiene la custodia	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de Seguro Social del progenitor fallecido/que no tiene la custodia ____/____/____	Fecha de nacimiento ____/____/____
--	---	--	---------------------------------------

Dirección del progenitor que no tiene la custodia	Teléfono del progenitor que no tiene la custodia
---	--

Nombre del empleador	Dirección del empleador	¿Este progenitor tiene una discapacidad o es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------	-------------------------	--

¿El niño nació durante el matrimonio o dentro de los 300 días posteriores al fin del matrimonio debido a un fallecimiento o divorcio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba la fecha del casamiento. ____/____/____	¿El padre y la madre del niño están <i>actualmente</i> casados el uno con el otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, escriba la fecha del divorcio. ____/____/____	Estado civil del progenitor que no tiene la custodia <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> No se sabe
--	---	---

Datos del progenitor que no tiene la custodia:
Raza: _____ Etnia: _____ Color del cabello: _____ Talla: _____ Peso: _____ Ciudad de nacimiento: _____ Estado de nacimiento: _____

¿Alguna vez ha estado en la cárcel el progenitor que no tiene la custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, escriba la fecha de inicio del encarcelamiento: ____/____/____	Fecha de finalización del encarcelamiento: ____/____/____
--	--	--

¿Ha fallecido uno de los progenitores de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, escriba la fecha del fallecimiento del progenitor fallecido: ____/____/____
---	---

Hijos de este progenitor que no tiene la custodia que viven en el hogar del solicitante. Apellido Nombre Inicial del segundo nombre del niño	Estado de nacimiento	¿Se ha establecido por orden judicial la manutención infantil, cobertura médica o paternidad? (Si la respuesta es sí, marque el tipo de cobertura y escriba la fecha).		
1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____
2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención Cob. médica Paternidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____ Fecha ____/____/____

Solicitamos información sobre el progenitor que no tiene la custodia para solicitarle la manutención infantil. Si teme que el progenitor que no tiene la custodia los dañe a usted o a su hijo si usted nos ayuda en este proceso, es posible que se lo exima de cooperar. Lo derivaremos a un abogado especializado en violencia doméstica, quien analizará la situación con usted y lo ayudará a planificar medidas de seguridad. **Marque este recuadro si teme que usted o su hijo sufrarán daños si nos ayuda a cobrar los pagos de manutención infantil:**

28

SNAP

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por alguna de las infracciones enumeradas a continuación? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada miembro del hogar que haya sido condenado por una infracción y marque el recuadro de la infracción correspondiente a la derecha.

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Marque los recuadros que correspondan.
	<input type="checkbox"/> La comercialización de los beneficios del SNAP a cambio de drogas después del 22 de septiembre de 1996. <input type="checkbox"/> La compra o venta de los beneficios del SNAP por más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996. <input type="checkbox"/> La recepción fraudulenta por duplicado de los beneficios del SNAP en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996. <input type="checkbox"/> La comercialización de los beneficios del SNAP a cambio de armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996.

29

SNAP

¿A usted o a algún miembro del hogar se les ha prohibido la participación en el SNAP o el Programa de cupones para alimentos de otro estado?

SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada miembro del hogar.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha	Estado

30

RIW

CCAP

GPA

SSP

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del hogar posee o tiene registrado a su nombre un vehículo? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada vehículo. Ejemplos: automóvil, embarcación, casa rodante, moto de nieve, camión, motocicleta.

Vehículo 1:

Apellido del propietario	Nombre	Inicial del	Tipo de vehículo	Marca	Modelo	Año
¿Para qué se utiliza este vehículo? (por ejemplo: trabajo, uso diario, transporte de un miembro del hogar con discapacidad)			Monto adeudado \$	Número de placa de identificación	Número de id. del vehículo (VIN, Vehicle ID Number)	
Nombre de la compañía de seguros:						
¿Está registrado el vehículo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Produce ingresos el vehículo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Actualmente tiene posesión del vehículo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Posee el vehículo junto con otra persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			Si la respuesta es sí, escriba el nombre del copropietario del vehículo:			

Vehículo 2:

Apellido del propietario	Nombre	Inicial del	Tipo de vehículo	Marca	Modelo	Año
¿Para qué se utiliza este vehículo? (por ejemplo: trabajo, uso diario, transporte de un miembro del hogar con discapacidad)			Monto adeudado \$	Número de placa de identificación	Número de id. del vehículo (VIN, Vehicle ID Number)	
Nombre de la compañía de seguros:						
¿Está registrado el vehículo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Produce ingresos el vehículo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Actualmente tiene posesión del vehículo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Posee el vehículo junto con otra persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			Si la respuesta es sí, escriba el nombre del copropietario del vehículo:			

31

RIW

CCAP

GPA

SSP

LTSS

EAD

MPP

KB

Es posible que ciertos recursos o activos, por ejemplo, cuentas bancarias, se tengan en cuenta para determinar su elegibilidad según el programa que solicite. Ciertos recursos o activos tal vez no se tengan en cuenta, por ejemplo, la casa y la parcela donde vive y los recursos de las personas que reciben la SSI. Estos son algunos ejemplos de cosas que puede poseer: dinero en efectivo disponible, cuenta corriente, cuenta de ahorros, fideicomisos, certificado de depósito, regalías, seguro de vida o de sepelio, acciones o bonos, cuenta de jubilación, ganado, vivienda o terreno (que no ocupe), usufructo vitalicio, fondos mutuos.

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar posee recursos o activos? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada recurso o activo que posean usted y otros miembros de su hogar.

Recurso o activo	¿Quién es el propietario?	Valor	Nombre del banco o la empresa, si corresponde
		\$ _____ ¿Produce ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$ _____ ¿Produce ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$ _____ ¿Produce ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$ _____ ¿Produce ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

32

RIW

CCAP

GPA

SSP

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Usted, su cónyuge u otra persona del hogar recibió un pago de una suma única, por ejemplo, Seguro Social o RSDI, en los últimos 6 meses? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para pago de una suma única.

Persona 1

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de pago	Fecha de cobro
				____/____/____
Monto de la suma única: \$ _____	¿La suma única es de propiedad conjunta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién es el copropietario?		

Persona 2

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de pago	Fecha de cobro
				____/____/____
Monto de la suma única: \$ _____	¿La suma única es de propiedad conjunta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién es el copropietario?		

33

RIW

CCAP

GPA

SSP

LTSS

MPP

KB

¿Usted, su cónyuge u otra persona que actúe en su representación (incluso un tribunal) constituyó un fideicomiso o destinó alguna suma de dinero u otro recurso a un fideicomiso en los últimos sesenta (60) meses? SÍ NO

¿Se produjo la extinción del fideicomiso de alguna propiedad en los últimos sesenta (60) meses? SÍ NO

Si la respuesta es sí, debe proporcionar copias de los documentos del fideicomiso y describir todas las propiedades que se colocaron en el fideicomiso o se retiraron de este. Complete los siguientes recuadros.

Constituido por	Fecha de constitución	Monto
	____/____/____	\$ _____

34

RIW

EAD

LTSS

MPP

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar donó, vendió, cedió o transfirió artículos de valor a alguna persona o entidad en los últimos sesenta (60) meses? SÍ NO

Si solicita el programa RIW únicamente, responda "sí" a la pregunta solo si los artículos de valor se transfirieron dentro del mes en el que solicita los beneficios. Si solicita los beneficios del SNAP únicamente y se le pide que responda esta pregunta, declare los artículos de valor que se transfirieron en los últimos tres (3) meses.

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros.

Artículo transferido	¿A quién se transfirió?	Valor en \$	Fecha de la transferencia

35

SNAP

¿Usted o algún miembro del hogar renunció a un empleo en los últimos sesenta (60) días o está en huelga? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Motivo de la renuncia	Fecha de la renuncia o del inicio de la huelga ____ / ____ / ____
Nombre del empleador			Dirección del empleador	

36

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Usted, su cónyuge u otra persona del hogar recibe ingresos por alquileres? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada persona que recibe ingresos por alquileres.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Cantidad de unidades	¿La persona vive en la propiedad alquilada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Horas necesarias por semana para mantener la propiedad: _____			Total recibido por los alquileres \$ _____ por _____	¿Recibirá este ingreso los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Gastos de la propiedad alquilada		Frecuencia	Gastos de la propiedad alquilada		Frecuencia
Hipoteca	\$ _____	_____	Agua	\$ _____	_____
Impuestos	\$ _____	_____	Cloacas	\$ _____	_____
			Basura	\$ _____	_____
			Gas	\$ _____	_____
			Electricidad	\$ _____	_____
			Combustible	\$ _____	_____
			Reparaciones	\$ _____	_____
			Otro	\$ _____	_____

37

RIW

SNAP

CCAP

GPA

SSP

ACC

LTSS

EAD

MPP

KB

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar recibe un pago de personas a quienes les proporciona alojamiento o alojamiento con comida incluida? SÍ NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros. Adjunte la documentación pertinente si desea declarar gastos reales.

Nombre de la persona que recibe el pago: Apellido Nombre Inicial del segundo nombre			Cantidad de horas trabajadas por semana:		
			¿Recibirá este ingreso los próximos meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Nombres de las personas que pagan por alojamiento o alojamiento con comida incluida		Monto recibido/frecuencia	Incluye (marque los recuadros)		Fecha de cobro:
		\$ _____ por _____	Alojamiento solamente	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
		\$ _____ por _____	Alimentación (1 o 2 comidas)	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
		\$ _____ por _____	Alimentación (3 comidas)	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
		\$ _____ por _____	Alojamiento solamente	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
		\$ _____ por _____	Alimentación (1 o 2 comidas)	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
		\$ _____ por _____	Alimentación (3 comidas)	<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Gastos: \$ _____ por _____			Tipos de gastos:		

**(Si declara sus gastos y presenta comprobantes de los gastos declarados en las preguntas 38 a 42, es posible que obtenga más beneficios del SNAP y que su elegibilidad se vea afectada. Si no declara un gasto o no presenta el comprobante pertinente, se interpretará que no desea que se lo tome en cuenta).*

38**RIW****SNAP**

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar que trabaja, realiza una capacitación, busca empleo o estudia le paga a una persona para que cuide a niños, ancianos o adultos discapacitados? SÍ NO

EJEMPLOS: pagos a proveedores de cuidado de niños o adultos por servicios de cuidado diurno; pagos por programas antes y después de la escuela; costos de campamentos de verano; costos del transporte hacia y desde los establecimientos de los proveedores de cuidado de niños o adultos.

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada persona que paga el servicio de cuidado.

Persona 1:

Nombre de la persona que paga el cuidado	Motivo por el que la persona necesita pagar este cuidado: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Estudio/capacitación <input type="checkbox"/> Busca trabajo	¿Recibe un subsidio por este gasto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, indique el monto del subsidio. \$ _____ por _____
Nombre de la persona bajo cuidado	Adulto/niño <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	Monto del pago o copago de bolsillo \$ _____ por _____	¿Seguirá teniendo este gasto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor del cuidado		Dirección del proveedor	

Persona 2:

Nombre de la persona que paga el cuidado	Motivo por el que la persona necesita pagar este cuidado: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Estudio/capacitación <input type="checkbox"/> Busca trabajo	¿Recibe un subsidio por este gasto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, indique el monto del subsidio. \$ _____ por _____
Nombre de la persona bajo cuidado	Adulto/niño <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño	Monto del pago o copago de bolsillo \$ _____ por _____	¿Seguirá teniendo este gasto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del proveedor del cuidado		Dirección del proveedor	

39**SNAP****LTSS****EAD**

¿Hay algún miembro del hogar mayor de sesenta (60) años (mayor de 65 años si solicita EAD/LTSS) o con una discapacidad que incurra en gastos médicos no pagados que no estén cubiertos por un seguro médico o tenga ese tipo de gastos? SÍ NO

EJEMPLOS: Primas del seguro médico Audífonos Atención odontológica Medicamentos recetados Primas de Medicare
Anteojos Facturas del hospital Equipos/insumos médicos
Transporte hacia y desde centros o servicios de tratamiento médico

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada persona que tiene gastos médicos o cada gasto médico.

Persona 1/gasto 1:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de gasto médico	Monto incurrido \$ _____
				Frecuencia _____
¿El pago del gasto médico está atrasado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El gasto se paga a:		Fecha del servicio __/__/__	¿Cuándo prevé que esto termine? __/__/__

Persona 2/gasto 2:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de gasto médico	Monto incurrido \$ _____
				Frecuencia _____
¿El pago del gasto médico está atrasado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El gasto se paga a:	Fecha del servicio _/_/___	¿Cuándo prevé que esto termine? _/_/___	

Persona 3/gasto 3:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Tipo de gasto médico	Monto incurrido \$ _____
				Frecuencia _____
¿El pago del gasto médico está atrasado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	El gasto se paga a:	Fecha del servicio _/_/___	¿Cuándo prevé que esto termine? _/_/___	

40**SNAP****ACC**

¿Usted, su cónyuge o algún miembro del hogar paga manutención infantil, cuota alimentaria o manutención conyugal para una persona que no vive en este hogar? SÍ NO

Si solicita ACC únicamente, debe responder esta pregunta solo si paga una cuota alimentaria o manutención conyugal.

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros sobre cada persona que paga manutención infantil, cuota alimentaria o manutención conyugal.

Persona 1:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	¿Quién es la persona que reclama/a quién se le paga la manutención?	
Monto pagado \$ _____ por _____	Tipo de reclamación/manutención: <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Asistencia médica <input type="checkbox"/> Cuota alimentaria/manutención conyugal		¿Este gasto está ordenado por un tribunal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Persona 2:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	¿Quién es la persona que reclama/a quién se le paga la manutención?	
Monto pagado \$ _____ por _____	Tipo de reclamación/manutención: <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Asistencia médica <input type="checkbox"/> Cuota alimentaria/manutención conyugal		¿Este gasto está ordenado por un tribunal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

41**RIW****SNAP****LTSS**

¿Usted, su cónyuge u otro miembro del hogar tiene gastos relativos a la vivienda? SÍ NO

EJEMPLOS: alquiler o parte del alquiler del departamento, casa, casa rodante o refugio en el que vive, seguro del propietario, hipoteca, contrato de compraventa de terrenos, impuestos de la propiedad, costos de tasación, pagos de casas rodantes, costos de condominio/asociación.

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros para cada persona que paga gastos relativos a la vivienda.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Monto total/frecuencia del alquiler o hipoteca	Monto que paga usted	Tipo de albergue
			\$ _____ / _____	\$ _____	
¿Alguna persona paga una parte del gasto relativo la vivienda? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Si la respuesta es sí, indique: Nombre: _____ Monto \$ _____			

Si alquila, ¿qué incluye el alquiler? <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Servicios públicos	Si alquila, ¿el alquiler está subsidiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, indique el monto del subsidio: \$ _____	Tipo de subsidio
Si alquila, indique el nombre del propietario:		Número de teléfono del propietario	
Dirección del propietario:			
Gastos mensuales del propietario: Primera hipoteca Capital \$ _____ Intereses \$ _____ Incluye: <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Seguro Impuestos \$ _____ Seguro \$ _____ Alquiler de lote \$ _____ Otro \$ _____		Gastos mensuales del propietario: Segunda hipoteca Capital \$ _____ Intereses \$ _____ Incluye: <input type="checkbox"/> Impuestos <input type="checkbox"/> Seguro Impuestos \$ _____ Seguro \$ _____ Alquiler de lote \$ _____ Otro \$ _____	

42 SNAP LTSS

¿Usted o algún miembro del hogar recibió asistencia para la calefacción para hogares de bajos ingresos dentro de los últimos 12 meses? Sí NO

¿Usted o algún miembro del hogar paga la totalidad o parte del combustible o los servicios públicos siguientes? Sí NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros e indique qué servicios públicos o combustibles se pagan y el monto correspondiente.

¿Calefacción o refrigeración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ¿Se incluye en el alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Teléfono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el monto: \$ _____ por _____	¿Electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el monto: \$ _____ por _____
¿Agua? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el monto: \$ _____ por _____	¿Cloacas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el monto: \$ _____ por _____	¿Basura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, escriba el monto: \$ _____ por _____

43 EAD

Después de abril de 1977, ¿recibió alguna vez un cheque de SSI al mismo tiempo en que recibió el seguro social o recibió el SSI el mes inmediatamente anterior al comienzo del seguro social? Sí NO

Si la respuesta es sí, complete los siguientes recuadros.

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre	Año en que lo recibió

44 ACC

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LOS DATOS SOBRE INGRESOS

A FIN DE DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR AYUDA PARA PAGAR SU COBERTURA MÉDICA, UTILIZAREMOS DATOS SOBRE LOS INGRESOS, INCLUIDA LA INFORMACIÓN DE LAS DECLARACIONES DE IMPUESTOS. RECIBIRÁ UN AVISO CON LA DETERMINACIÓN SOBRE SU ELEGIBILIDAD Y PUEDE REALIZAR CAMBIOS PARA ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS UTILIZADA EN CUALQUIER MOMENTO COMUNICÁNDOSE CON HEALTHSOURCE RI. MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES RECUADROS:

ACEPTO DAR MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LOS DATOS SOBRE INGRESOS.

NO DOY MI CONSENTIMIENTO Y COMPRENDO QUE ESTO AFECTARÁ MI ELEGIBILIDAD PARA OBTENER AYUDA PARA PAGAR LA COBERTURA MÉDICA.

PUEDE ELEGIR QUE ESTE CONSENTIMIENTO SE RENEVE AUTOMÁTICAMENTE POR UNO, DOS, TRES, CUATRO O CINCO AÑOS. SI SELECCIONA UN PERÍODO MAYOR, ES POSIBLE QUE SEA MÁS FÁCIL PARA NOSOTROS DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD EN LOS PRÓXIMOS AÑOS. DESEO RENOVAR MI ELEGIBILIDAD AUTOMÁTICAMENTE POR LOS PRÓXIMOS (MARQUE UNA OPCIÓN):

5 AÑOS (ESTE ES EL PERÍODO MÁXIMO DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA) 4 AÑOS 3 AÑOS 2 AÑOS 1 AÑO

COMPRENDO QUE SI RECIBO AYUDA FINANCIERA PARA REDUCIR EL COSTO DE LA COBERTURA MÉDICA PARA MÍ O MIS DEPENDIENTES:

DEBO PRESENTAR UNA DECLARACIÓN DEL IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA EL AÑO POSTERIOR AL AÑO DE MI COBERTURA PARA EL AÑO FISCAL EN EL QUE RECIBÍ LA COBERTURA.

SI ESTOY CASADO AL FINAL DEL AÑO DE COBERTURA, DEBO PRESENTAR UNA DECLARACIÓN CONJUNTA DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA CON MI CÓNYUGE.

TAMBIÉN PREVEO LO SIGUIENTE:

NINGUNA OTRA PERSONA PODRÁ DECLARARME COMO DEPENDIENTE EN SU DECLARACIÓN DEL IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA DEL AÑO DE COBERTURA.

- RECLAMARÉ UNA DEDUCCIÓN POR EXENCIÓN PERSONAL EN MI DECLARACIÓN DEL IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA DEL AÑO DE COBERTURA POR TODA PERSONA ENUMERADA EN ESTA SOLICITUD COMO DEPENDIENTE QUE ESTÉ INSCRITA EN UNA COBERTURA Y RECIBA AYUDA FINANCIERA PARA ESTA COBERTURA.

SI SE PRODUCE ALGÚN CAMBIO EN LO MENCIONADO ANTERIORMENTE, COMPRENDO QUE ESTO PUEDE AFECTAR MI CAPACIDAD DE OBTENER UN CRÉDITO FISCAL ANTICIPADO PARA LAS PRIMAS.

TAMBIÉN COMPRENDO QUE CUANDO PRESENTE MI DECLARACIÓN DEL IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA DEL AÑO DE COBERTURA, EL SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS (IRS, INTERNAL REVENUE SERVICE) COMPARARÁ LOS INGRESOS DE MI DECLARACIÓN DE IMPUESTOS CON LOS INGRESOS EN MI SOLICITUD. COMPRENDO QUE SI LOS INGRESOS EN MI DECLARACIÓN DE IMPUESTOS SON INFERIORES AL MONTO DE LOS INGRESOS EN MI SOLICITUD, PUEDO SER ELEGIBLE PARA OBTENER UN MONTO ADICIONAL DE CRÉDITO FISCAL. POR OTRA PARTE, SI LOS INGRESOS EN MI DECLARACIÓN DE IMPUESTOS SON SUPERIORES AL MONTO DE LOS INGRESOS EN MI SOLICITUD, ES POSIBLE QUE ADEUDE UN MONTO ADICIONAL DEL IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA.

CONSENTIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD

A FIN DE PROTEGER SU PRIVACIDAD, DEBERÁ COMPLETAR CORRECTAMENTE SU VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD ANTES DE ESTABLECER UNA CUENTA EN LÍNEA CON NOSOTROS Y OBTENER ACCESO A CIERTA INFORMACIÓN QUE SE INCLUIRÁ EN SU CUENTA. AL HACER CLIC EN EL RECUADRO "ACEPTO", DA SU CONSENTIMIENTO PARA QUE EXPERIAN ACCEDA A SU INFORMACIÓN PERSONAL PARA REALIZAR LA VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD EN NOMBRE DE LOS CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CMS, CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES) Y DEL ESTADO DE RHODE ISLAND.

- ACEPTO DAR MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EXPERIAN REALICE LA VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO Y COMPRENDO QUE ESTO AFECTARÁ MI ELEGIBILIDAD PARA OBTENER AYUDA PARA PAGAR LA COBERTURA MÉDICA.

ASEGÚRESE DE HABER ESCRITO CORRECTAMENTE SU NOMBRE LEGAL, DIRECCIÓN ACTUAL, NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL, FECHA DE NACIMIENTO Y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. PARA EL ACCESO A LA CUENTA EN LÍNEA, SOLO RECOLECTAREMOS INFORMACIÓN PERSONAL PARA VERIFICAR SU IDENTIDAD A TRAVÉS DE EXPERIAN, UN PROVEEDOR EXTERNO DE SERVICIOS DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD. DURANTE LA VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD, EXPERIAN UTILIZA LA INFORMACIÓN DEL PERFIL DE SU INFORME DE CONSUMIDOR PARA AYUDAR A CONFIRMAR SU IDENTIDAD. POR LO TANTO, ES POSIBLE QUE VEA UNA ENTRADA DENOMINADA "SOFT INQUIRY" (CONSULTA SENCILLA) EN SU INFORME DEL CONSUMIDOR DE EXPERIAN. SOLO USTED PUEDE VISUALIZAR LAS CONSULTAS SENCILLAS. DICHAS CONSULTAS NUNCA SE PRESENTARÁN A TERCEROS Y NO AFECTAN SU CALIFICACIÓN CREDITICIA. ESTA CONSULTA SE TITULARÁ "CMS PROOFING SERVICES" (SERVICIOS DE VALIDACIÓN DE CMS) Y SE ELIMINARÁ DE SU INFORME DEL CONSUMIDOR DE EXPERIAN LUEGO DE 25 MESES. ES POSIBLE QUE DEBA ACCEDER A SU INFORMACIÓN PERSONAL Y DE SU INFORME DEL CONSUMIDOR, YA QUE LA APLICACIÓN DE EXPERIAN LE REALIZARÁ PREGUNTAS BASADAS EN LOS DATOS INCLUIDOS EN SUS ARCHIVOS.

SU CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR DATOS PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA ELEGIBILIDAD

PODREMOS BRINDARLE UNA MEJOR AYUDA SI PODEMOS TRABAJAR CON OTROS ORGANISMOS Y PROFESIONALES QUE LOS CONOCEN A USTED Y A SU FAMILIA. AL MARCAR EL RECUADRO "ACEPTO", NOS AUTORIZA A OBTENER, UTILIZAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE USTED OBTENIDA A PARTIR DE DIVERSAS FUENTES, ENTRE LAS QUE SE INCLUYEN EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN DE RHODE ISLAND, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND, LA OFICINA EJECUTIVA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND, EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE RHODE ISLAND, EL DEPARTAMENTO CORRECCIONAL DE RHODE ISLAND Y EXPERIAN EN NOMBRE DE LOS CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID Y LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL.

NO LE DENEGAREMOS BENEFICIOS NI EL ACCESO A LOS PROGRAMAS PARA LOS QUE SEA ELEGIBLE SIMPLEMENTE PORQUE NO NOS AUTORICE A OBTENER, UTILIZAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL; SIN EMBARGO, NO PODREMOS AYUDARLO A ACCEDER A CIERTOS PROGRAMAS Y APOYOS PARA LOS QUE TAL VEZ SEA ELEGIBLE SI NO TENEMOS SU CONSENTIMIENTO PARA OBTENER Y COMPARTIR INFORMACIÓN. SE REQUIERE SU CONSENTIMIENTO PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD.

USTED PUEDE COMPRAR UNA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO SIN COMPLETAR ESTE CONSENTIMIENTO COMUNICÁNDOSE CON NUESTRO CENTRO DE CONTACTO AL 1-855-840-HSRI (4774), PERO SI DESEA SABER SI ES ELEGIBLE PARA RECIBIR AYUDA FINANCIERA PARA LA COMPRA DE COBERTURA O SI ES ELEGIBLE PARA MEDICAID, DEBERÁ COMPLETAR ESTE CONSENTIMIENTO.

TODO EL INTERCAMBIO Y USO DE INFORMACIÓN QUE USTED AUTORIZA AL MARCAR EL RECUADRO "ACEPTO" SE REALIZARÁ DE CONFORMIDAD CON TODAS LAS LEYES Y REGLAMENTACIONES FEDERALES Y ESTATALES PERTINENTES QUE PROTEGEN SU PRIVACIDAD, INCLUIDAS, ENTRE OTRAS, LAS SIGUIENTES: LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD DE 1996 (LEY PÚBLICA 104-191, CONOCIDA COMO HIPAA); LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS COMUNICACIONES Y LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (LEYES GENERALES DE RHODE ISLAND 5-37.3-1 ET SEQ.); LEYES GENERALES DE RHODE ISLAND 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12 Y TODAS LAS DEMÁS LEYES Y REGLAMENTACIONES PERTINENTES. LA INFORMACIÓN SE COMPARTIRÁ MEDIANTE LA TRANSFERENCIA DE DATOS INFORMÁTICOS.

AL MARCAR EL RECUADRO "ACEPTO", "DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN Y EL USO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE MÍ PARA DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN EN UNA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO FINANCIADA CON FONDOS PÚBLICOS U OTROS PROGRAMAS FINANCIADOS CON FONDOS PÚBLICOS Y ADMINISTRADOS A TRAVÉS DE ESTE SITIO, Y PARA PLANIFICAR, PROPORCIONAR Y COORDINAR BENEFICIOS Y PAGOS".

- ACEPTO DAR MI CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR DATOS PARA TOMAR DECISIONES SOBRE ELEGIBILIDAD.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO Y COMPRENDO QUE MI ELEGIBILIDAD PARA CIERTOS PROGRAMAS

Y APOYOS SE VERÁ AFECTADA POR ESTA DECISIÓN.

HE LEÍDO O ME HAN EXPLICADO MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES Y COMPREENDO QUE PUEDO CONSERVAR UNA COPIA DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES (ENUMERADOS EN LAS PÁGINAS 28 A 32). Sí No

Para uso exclusivo de consejeros certificados para solicitantes, asesores, agentes e intermediarios

Complete esta sección si es un consejero certificado para solicitantes, asesor, agente o intermediario que completa esta solicitud para otra persona.

Fecha de inicio de la solicitud: ____/____/____

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
----------	--------	----------------------------

Nombre de la organización	Número de identificación (si corresponde)
---------------------------	---

Lea los derechos y responsabilidades en las páginas siguientes y FIRME la sección Derechos y responsabilidades en la página 32. Su solicitud debe estar firmada para tener validez.

Para uso exclusivo del solicitante o beneficiario

Utilice esta página para agregar información sobre las preguntas 1 a 44. Asegúrese de indicar el número de la pregunta.

N.º de pregunta _____ N.º de página _____
N.º de pregunta _____ N.º de página _____
N.º de pregunta _____ N.º de página _____
N.º de pregunta _____ N.º de página _____
N.º de pregunta _____ N.º de página _____
N.º de pregunta _____ N.º de página _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

De los solicitantes y beneficiarios del programa RI Works (RIW), el Programa de asistencia alimentaria suplementaria (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program), Medicaid y el seguro médico privado con ayuda financiera, la Asistencia para el cuidado de niños, la Asistencia pública general (GPA, General Public Assistance), el programa de Pagos suplementarios del estado (SSP, State Supplemental Payment) de la Seguridad de ingreso suplementario (SSI, Supplemental Security Income) de Rhode Island.

DERECHOS

Tiene DERECHO a solicitar y, si se determina que es elegible, a recibir los beneficios de la asistencia financiera, de Medicaid o del SNAP, conforme a las políticas y los estándares establecidos por las leyes y reglamentaciones estatales y federales.

Tiene DERECHO a apelar y a recibir una audiencia administrativa justa si no está de acuerdo con alguna medida tomada por el organismo o si hay demoras en el procesamiento de su solicitud. Las audiencias están a cargo de la Oficina de Audiencias de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos, que ha sido designada como la entidad de apelación para todos los programas de salud y servicios humanos financiados con fondos públicos que se incluyen en esta solicitud. Si solicita una apelación, su audiencia debe realizarse de inmediato. Un abogado o cualquier otra persona que elija pueden representarlo para comparecer en su nombre. En algunos programas, los beneficios o servicios pueden seguir brindándose hasta que la audiencia tome una decisión si presenta la apelación antes de determinadas fechas límite. Consulte la tabla que se incluye a continuación para obtener información detallada.

Programa	Debe presentar una apelación:	¿Se continuarán brindando los beneficios si la apelación se presenta dentro de los 10 días posteriores al aviso?
Medicaid/Seguro médico privado con ayuda financiera	35 días después de la fecha del aviso	Sí
SNAP	90 días desde la fecha del correo de aviso	Sí
CCAP	30 días desde la fecha del correo de aviso	Es posible que se reduzcan los beneficios hasta que la audiencia tome una decisión.
GPA	10 días desde la fecha del correo de aviso	Sí, pero la solicitud debe realizarse por escrito.
Todos los otros programas	30 días desde la fecha del correo de aviso	Sí

Tiene DERECHO a recibir un trato no discriminatorio. De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, U.S. Department of Agriculture), sus organismos, oficinas, empleados e instituciones que participan en programas del USDA o los administran tienen prohibido discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre programas (por ejemplo, braille, letra grande, audio, lenguaje de señas norteamericano, etc.) deben comunicarse con el organismo (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o que tienen dificultades de la audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, la información de los programas también puede proporcionarse en otros idiomas que no sean inglés. Para presentar una queja de discriminación, complete el [Formulario de queja de discriminación del programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (AD-3027) que se encuentra en el sitio web http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por: (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.

De acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (29 U.S.C. 794), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), el Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente denominada Ley de Cupones para Alimentos), la Ley de Discriminación por Edad de 1975, las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (45 C.F.R. Partes 80 y 84), las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Educación de los Estados Unidos (34 C.F.R. Partes 104 y 106), y el Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (7 C.F.R. 272.6); la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, Executive Office of Health and Human Services) y el DHS no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, religión, creencias políticas, edad o sexo en la aceptación o la prestación de servicios, empleo o trato, así como en sus actividades y programas educativos o de otra índole. En virtud de otras disposiciones de la legislación pertinente, la EOHHS y el DHS no discriminan por motivos de orientación sexual, identidad de género o expresión de género. Para obtener más información sobre estas leyes y reglamentaciones contra la discriminación y los procedimientos para la resolución de reclamos por discriminación, comuníquese con el DHS a la siguiente dirección: 206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907, número de teléfono 415-8500 (para personas sordas o con problemas de audición 1-800-745-6575, voz; 1-800-745-5555 TTY, o 711). El oficial de enlace de relaciones comunitarias es el coordinador de la implementación del Título VI; el administrador, o la persona designada, de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS, Office of Rehabilitation Services) es el coordinador de la implementación del Título IX, el artículo 504 y la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, Americans with Disabilities Act). El director del DHS, o la persona designada, tiene la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles de todos los programas del organismo. El secretario de la EOHHS es responsable de las cuestiones de discriminación relacionadas con Medicaid y tales reclamos se derivarán de forma acorde.

Tiene DERECHO a la confidencialidad. Conforme a la legislación estatal, todos los organismos que administren programas incluidos como parte de esta solicitud están obligados por las leyes y reglamentaciones estatales y federales a utilizar la información sobre usted y otros miembros de su hogar exclusivamente con fines directamente relacionados con la administración de los programas y de conformidad con las normas de privacidad de la información médica de identificación personal de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act). Las restricciones de la HIPAA impiden que divulguemos su información médica o la de algún miembro de su hogar a

cualquier persona, incluido un representante no autorizado, a menos que esa persona tenga un poder notarial o usted haya firmado un formulario de consentimiento que autorice la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información sobre salud mental, resultados de pruebas y tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sida o enfermedades de transmisión sexual, y servicios por dependencia de sustancias químicas. Comprendo que al firmar esta solicitud otorgo mi consentimiento a la EOHHS y al DHS para que utilicen o divulguen información médica protegida con fines relacionados al tratamiento, los pagos y las operaciones de atención médica de acuerdo con los avisos de prácticas de privacidad pertinentes del organismo. La EOHHS y el DHS no publican información sobre usted ni otros miembros del hogar sin su consentimiento, a excepción de lo estipulado en las Leyes Generales de Rhode Island, artículos 40-6-12, 40-6-12.1 y 42-7.2-5(13), así como en las reglamentaciones establecidas en el Código Administrativo del DHS y los Códigos de Normas Administrativas de Medicaid. Toda persona hallada culpable de haber infringido las disposiciones de las Leyes Generales de Rhode Island, artículo 40-6-12, se considerará culpable de una falta. Los infractores están sujetos a una multa máxima de doscientos dólares (\$200), una condena a prisión de hasta seis (6) meses o ambas.

Tiene DERECHO a presentar una solicitud conjunta para más de un programa o una solicitud por separado para los beneficios del SNAP o de Medicaid sin solicitar los beneficios de otros programas. Todas las solicitudes del SNAP, ya sean presentadas en forma conjunta o por separado, deben procesarse a los fines del SNAP y de Medicaid de conformidad con los requisitos de procedimiento, celeridad, notificación y audiencia imparcial de dicho programa. A ningún hogar se le rechazará la solicitud del SNAP o de Medicaid únicamente sobre la base de la denegación de su solicitud para participar en otro programa o la interrupción de los beneficios de otro programa sin que el organismo pertinente tome una determinación independiente respecto de su falta de cumplimiento con los requisitos de elegibilidad del SNAP o de Medicaid. Si un hogar presenta una solicitud conjunta para el SNAP y otro programa y se le niegan los beneficios del otro programa, no deberá volver a presentar la solicitud conjunta ni presentar una nueva solicitud para el SNAP, sino que su elegibilidad para el SNAP se determinará sobre la base de la solicitud conjunta, de conformidad con los plazos de procesamiento de dicho programa, a partir de la fecha en que la solicitud conjunta fue aceptada por el Departamento.

Tiene derecho a solicitar servicios de cumplimiento de la manutención infantil a través de la Oficina de Servicios de Manutención Infantil. Para obtener una solicitud de estos servicios, visite el sitio web <http://www.cse.ri.gov/> o la Oficina de Servicios de Manutención Infantil ubicada en 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

Tiene DERECHO a nombrar a un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona designada por el jefe del hogar o su cónyuge, o bien cualquier otro miembro responsable del hogar, para actuar en representación del hogar a fin de solicitar los beneficios del programa o utilizar dichos beneficios. El representante autorizado para la utilización de los beneficios puede o no ser la misma persona designada como representante autorizado para el proceso de solicitud o para cumplir con los requisitos de informes. La designación del representante autorizado debe realizarse por escrito.

Si solicita la cobertura de atención médica asegurable de Medicaid, la EOHHS exige lo siguiente al Departamento:

- Que le dé un plazo de treinta (30) días para proporcionarnos la información que necesitamos a fin de revisar su elegibilidad. Si no nos proporciona la información o solicita más tiempo, es posible que deneguemos, cancelemos o modifiquemos su cobertura de atención médica.
- Que le notifique, en la mayoría de los casos, al menos diez (10) días antes de que cancelemos su cobertura de atención médica.
- Que le proporcione una decisión por escrito, en la mayoría de los casos, en un plazo de treinta (30) días. La cobertura de atención médica y algunos casos de discapacidad pueden llevar entre cuarenta y cinco (45) y noventa (90) días.
- Continúe con la cobertura de Medicaid de Rhode Island mientras decidimos si es elegible para otro programa.

RESPONSABILIDADES

Tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar información exacta sobre sus ingresos, recursos y arreglos de vida en esta solicitud.

Tiene la RESPONSABILIDAD de informarnos, en un plazo de diez (10) días para la mayoría de los programas y de treinta (30) días en el caso del Seguro médico privado con ayuda financiera, sobre cualquier cambio en sus ingresos, recursos, composición familiar u otros cambios que afecten a su hogar. En el caso de Medicaid, los diez (10) días comienzan cinco (5) días después de la fecha en que se envió la solicitud de información por correo electrónico (fecha de transmisión) o servicio postal de los Estados Unidos (fecha del matasellos). Si no nos proporciona la información o solicita más tiempo, es posible que deneguemos, cancelemos, suspendamos o modifiquemos su cobertura de atención médica. En el caso de la asistencia monetaria del programa RIW y el CCAP, debe informarnos en un plazo de cinco (5) días si un menor abandona el hogar, cualquiera sea el motivo. En el caso del SNAP, si usted informa de manera simplificada, debe declarar cualquier cambio en los ingresos que provoque que los ingresos brutos mensuales del hogar superen el monto permitido aplicable al tamaño de su grupo familiar. Si tiene alguna duda sobre los requisitos en materia de informes, comuníquese con el DHS para obtener asistencia.

Tiene la RESPONSABILIDAD, si solicita el CCAP, de encontrar un proveedor adecuado de cuidado de niños para sus hijos y hacer los arreglos necesarios para que estos reciban los servicios de ese proveedor. El DHS solo pagará las horas en las que usted se encuentre en el trabajo o en una actividad educativa o de capacitación aprobada por el DHS, por lo que el costo de las horas de cuidado excedentes correrá por cuenta suya exclusivamente. Si se determina que es elegible, es posible que deba hacerse cargo de una parte del costo del cuidado de niños (copago) y efectuar dicho pago directamente al proveedor del servicio. Si se determina que no es elegible, tiene un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción del aviso escrito para solicitar una audiencia por escrito a fin de apelar la determinación de falta de elegibilidad. Si la decisión de la audiencia no es a su favor, el DHS no se hará responsable de ninguno de los gastos de cuidado de niños en los que haya incurrido con el proveedor de dicho servicio. Al firmar este formulario, brinda su autorización para que el DHS informe al proveedor de cuidado de niños cuando se lo notifique a usted de la decisión de otorgarle, interrumpirle o denegarle la asistencia para el cuidado de niños.

Tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar su número de Seguro Social (o un comprobante de que lo ha solicitado) y los de los miembros de su hogar, o bien de solicitarlos, si debe hacerlo, como condición de elegibilidad. La recopilación de información de esta solicitud, como así también de los números de Seguro Social de todos los miembros del hogar para quienes recibe asistencia, está autorizada conforme a la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente denominada Ley de Cupones para Alimentos) y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036 y conforme a la ley federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910). Esta información se utilizará para determinar si su hogar es elegible o continúa siendo elegible para participar en los programas SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP y Seguro médico privado con ayuda financiera. El Departamento verificará esta información a través de programas informáticos con el Departamento de Trabajo y Capacitación, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, el Servicio de Alimentos y Nutrición y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por las leyes, reglamentaciones o contratos, y dicha información estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. La información sobre ingresos y elegibilidad obtenida de estos organismos se utilizará para garantizar que su hogar sea elegible para los beneficios de los programas SNAP, GPA,

Asistencia para el cuidado de niños, RIW, Medicaid y Seguro médico privado con ayuda financiera y que reciba el monto correcto. Esta información

también se utilizará para supervisar el cumplimiento de las reglamentaciones del programa, gestionar el programa, prevenir fraudes y verificar las reclamaciones de atención médica.

Esta información puede divulgarse a otros organismos federales y estatales para someterse a exámenes oficiales, así como a autoridades de aplicación de la ley a los efectos de aprehender a las personas que huyen de la ley. Si surge una reclamación contra su hogar, la información contenida en esta solicitud, incluidos todos los SSN, puede ser transmitida a organismos federales y estatales, así como a organismos privados de cobro de reclamaciones para los procedimientos de cobro de reclamaciones. El suministro de la información solicitada es voluntario. Sin embargo, si no proporciona los SSN, se le denegarán los beneficios a cada persona que los solicite. Los SSN provistos se utilizarán y se divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros del hogar elegibles.

Tiene la RESPONSABILIDAD de declarar sus gastos y presentar comprobantes de los gastos declarados en las preguntas 38 a 42 a fin de recibir el monto máximo de los beneficios permitidos del SNAP. Si no informa sus gastos o no presenta comprobantes de estos, se interpretará que no desea recibir una deducción por los gastos no informados o no corroborados.

Tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar plenamente con el personal estatal y federal que lleva a cabo las revisiones de control de calidad.

Solo los ciudadanos estadounidenses y determinados inmigrantes legales pueden ser elegibles para los beneficios del SNAP. Si hay personas en su hogar que no son ciudadanos estadounidenses y que no son elegibles, puede presentar la solicitud y recibir los beneficios para otros miembros elegibles del hogar. No se lo obliga a proporcionar información de inmigración de las personas que no solicitan los beneficios, pero es posible que deba proporcionar otros datos de dichas personas, por ejemplo, ingresos y recursos.

Tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar con la Oficina de Servicios de Manutención infantil si recibe los beneficios de los programas RI Works, Asistencia para el cuidado de niños o Medicaid. Debe ayudar a establecer, modificar o exigir la manutención infantil para los niños a su cuidado, y establecer la paternidad (si es necesario). Si puede demostrar que tiene buenos motivos para creer que, como consecuencia de la cooperación con la Oficina de Servicios de Manutención Infantil, usted, sus hijos o los niños a su cuidado podrían sufrir daños generados por el progenitor que no tiene la custodia, puede alegar “motivo suficiente” para no cooperar.

Tiene la RESPONSABILIDAD de solicitar posibles ingresos de otras fuentes, y hacer todo lo posible por obtenerlos, si solicita o recibe cobertura de Medicaid de Rhode Island.

Información sobre el Seguro médico privado con ayuda financiera

Si tiene alguna pregunta sobre los términos de su plan de seguro médico, por ejemplo, para qué beneficios es elegible, los gastos de bolsillo de acuerdo con su plan y la forma de realizar una reclamación de beneficios o apelar una denegación de beneficios, debe comunicarse con la compañía de seguro médico. Si es elegible para los beneficios de la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) luego de la finalización de cualquier cobertura de seguro médico, es responsabilidad de su anterior empleador o del emisor administrar los beneficios de COBRA y proporcionarle los avisos exigidos y los períodos de elección de COBRA. No cancele la cobertura de seguro actual ni decline los beneficios de COBRA hasta que reciba una carta de aprobación y una póliza de seguro, también denominada contrato o certificado de seguro, de la compañía de seguros que seleccione. Asegúrese de comprender y aceptar los términos de la póliza, y preste atención especialmente a la fecha de entrada en vigencia, los períodos de espera, el monto de la prima, los beneficios, las limitaciones, las exclusiones y las cláusulas adicionales.

Si se inscribe en un seguro médico privado a través de HealthSource RI y no proporciona información suficiente para que HealthSource RI verifique su elegibilidad para comprar un plan o recibir un plan de costo reducido, o si la información que proporciona no es verificable, tendrá noventa (90) días para proporcionar nueva información a fin de cumplir con los requisitos de elegibilidad de HealthSource RI. Durante este tiempo, debe colaborar con el personal de HealthSource RI para tratar de proporcionar la información que falte o resolver cualquier incongruencia para que pueda obtener la cobertura lo antes posible, o bien, si le asignan elegibilidad condicional, puede evitar una interrupción de la cobertura. Si se inscribe en un seguro médico privado a través de HealthSource RI y se produce un cambio en sus ingresos, debe notificar a HealthSource RI dentro de los treinta (30) días posteriores a dicho cambio. Un cambio en los ingresos puede modificar los créditos fiscales o las reducciones de los costos compartidos para los que es elegible a fin de ayudarlo a pagar el seguro. Su crédito fiscal se basa en los ingresos que usted indica en esta solicitud. Si sus ingresos aumentan, reunirá los requisitos para recibir un crédito fiscal menor en su cobertura médica. Si no nos informa sobre el cambio en sus ingresos, continuaremos ofreciendo el mismo descuento cada mes, pero es posible que deba pagar ese dinero al momento de realizar la declaración de impuestos.

Las tasas de las primas están sujetas a modificaciones basadas en las prácticas de suscripción de la compañía de seguros médicos y su selección de los beneficios opcionales disponibles, si los hubiera. Las tasas finales siempre son determinadas por la compañía de seguros médicos. Las tasas de las primas se aplican SOLO a su fecha de entrada en vigencia solicitada. Si la fecha de entrada en vigencia real de su póliza es diferente de su fecha de entrada en vigencia solicitada, el costo real de su póliza puede diferir de las tasas que se enumeran en el sitio web healthsourceri.com, debido a aumentos de las tasas o cambios de la póliza de la compañía de seguros, o a que uno o más miembros de la familia han cumplido años. (Las tasas dependen, en gran medida, de la edad). Es posible que la compañía de seguros que seleccionó no pueda garantizar sus tasas por un plazo determinado hasta que se firme un contrato.

Restricciones de uso de los beneficios monetarios de la EBT y sanciones del programa RIW: conforme al artículo 4004 de la Ley Pública 112-96, los beneficiarios de la Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, Temporary Assistance for Needy Families) tienen prohibido utilizar los beneficios de asistencia monetaria de la TANF recibidos conforme al programa RI Works y las Leyes Generales de Rhode Island, artículos 40-5.2 et seq., en cualquier operación de transferencia electrónica de beneficios en los siguientes establecimientos:

- Tiendas de bebidas alcohólicas.
- Casinos, casinos de juego o establecimientos de juego.
- Establecimientos minoristas que brinden entretenimiento para adultos donde los artistas se quiten la ropa o se presenten sin vestimenta con el propósito de entretener.

Toda persona que reciba asistencia monetaria a través del programa RI Works y utilice una tarjeta de EBT de un modo que infrinja las normas precedentes estará sujeta a las siguientes sanciones:

- Por la primera infracción, el hogar recibirá una advertencia sobre la realización de una operación prohibida.
- Por la segunda infracción, el hogar recibirá una sanción por un monto equivalente al de la operación de EBT que se efectuó en el establecimiento prohibido.
- Por la tercera infracción y cualquier otra subsiguiente, el hogar recibirá una sanción por un monto equivalente al de la operación de EBT que se efectuó en el establecimiento prohibido Y, durante el mes siguiente al mes de la infracción, el monto de la asistencia monetaria al que la familia beneficiaria de otro modo tendría derecho se reducirá en un monto equivalente a la parte de los beneficios de la familia atribuible al padre o la madre que utilizó la tarjeta de EBT en un establecimiento restringido. Para un grupo familiar compuesto por dos (2) integrantes, la reducción de los beneficios a raíz de una infracción de uso de la EBT en un establecimiento restringido se calculará como si el grupo familiar estuviese compuesto por tres (3) integrantes, en el que la parte atribuible al padre o la madre equivale a ciento cinco dólares (\$105).

Disposiciones para el reemplazo de la tarjeta de EBT del RIW/SNAP:

Los titulares de la tarjeta que soliciten cuatro (4) o más tarjetas de EBT de reemplazo dentro de un período de doce (12) meses pueden ser derivados a la Unidad de Fraude para que se investigue el mal uso o abuso de la tarjeta de EBT. Las infracciones documentadas pueden tener como consecuencia una de las siguientes acciones, o todas ellas:

- Descalificación para participar en el programa.
- Recuperación mediante resarcimiento o restitución.
- Inicio de acciones penales.

En todos los casos, la agencia deberá tomar medidas para proteger a los hogares que contienen personas indigentes, ancianos, personas con discapacidad, víctimas de delitos y otras personas vulnerables que podrían perder las tarjetas de EBT sin cometer un fraude.

PROGRAMA RI WORKS, MEDICAID, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ASISTENCIA PÚBLICA GENERAL GRAVÁMENES Y CESIONES

Comprendo que, conforme a las Leyes Generales de Rhode Island, artículos 40-6-9, 40-6-10 o 40-8-15, sin necesidad de firmar ningún documento:

a) De la manutención infantil y el establecimiento de la paternidad

He cedido al DHS o la EOHHS todos los derechos que pudiera tener por cuenta propia o a mi nombre, y por cuenta de mis hijos o a su nombre, respecto de cualquier persona que no proporcione manutención, sustento y atención médica a mí mismo y a mi hijo menor de edad, o bien a un hijo para el cual reciba asistencia del DHS o la EOHHS. El DHS o la EOHHS están autorizados a interponer una demanda a fin de establecer la paternidad o realizar la cobranza de la manutención para mí mismo, mis hijos o los hijos que reciban o hayan recibido asistencia del DHS o la EOHHS. Si deja de recibir dinero en efectivo o Medicaid, debe comunicarle a la Oficina de Servicios de Manutención Infantil acerca de cualquier cambio que afecte la manutención infantil o la asistencia médica, por ejemplo, si su hijo cambió de domicilio o si tiene una nueva dirección.

b) De los montos recuperables de terceros

He cedido al DHS o la EOHHS todos los derechos que pudiera tener por cuenta propia y a mi nombre, o a nombre de cualquier persona en cuya representación pudiera actuar legalmente, sobre los montos recuperables de terceros, equivalentes al monto de la asistencia financiera y beneficios de Medicaid proporcionados como resultado de un accidente, lesión o enfermedad.

c) De los montos recuperables de la indemnización de trabajadores

El DHS o la EOHHS pueden imponer un gravamen sobre cualquier asignación, orden o acuerdo pendientes a los que pudiera tener derecho conforme a las disposiciones de la Ley de Indemnización de Trabajadores de Rhode Island y los capítulos 28-29 a 28-38 de las Leyes Generales de Rhode Island. El propósito del gravamen es asegurar que se le reintegren al Departamento los pagos de sumas de dinero y de Medicaid que se hayan efectuado a mi persona o en mi nombre durante el período de la asignación, orden o acuerdo de la indemnización de trabajadores.

d) Del gravamen sobre la herencia de un beneficiario fallecido para el reintegro a Medicaid

El DHS o la EOHHS pueden imponer un gravamen sobre la herencia de un beneficiario de Medicaid que tenía cincuenta y cinco (55) años de edad o más al momento de su fallecimiento. A los fines de esta sección, el término "herencia" utilizado en referencia a la persona fallecida incluirá todos los bienes reales y personales y demás activos incluidos o que podrían incluirse en la herencia testamentaria de la persona. De conformidad con las Leyes Generales de Rhode Island, artículo 40-8-15, la suma total de los beneficios de Medicaid que se pagaron en nombre de un beneficiario de Medicaid que tenía cincuenta y cinco (55) años de edad o más al momento del cobro de dicha asistencia representará una deuda con el estado y constituirá un gravamen sobre la herencia del beneficiario a favor del DHS. Sin embargo, el gravamen no tendrá plena vigencia y no se aplicará sobre la herencia del beneficiario al que le sobrevivan el cónyuge, un hijo menor de veintiún (21) años de edad o un niño que sea ciego o discapacitado en forma total y permanente, como se estipula en el Título XVI (SSI) de la Ley del Seguro Social. Las tierras indígenas y ciertos bienes pertenecientes a indios americanos o nativos de Alaska pueden estar exentos de la recuperación.

Comprendo que, como condición para recibir los beneficios del RIW, todas las personas a quienes solicito dicho programa están obligadas a cumplir con los requisitos del RIW, a menos que queden exentas por ley.

Comprendo que esta solicitud servirá como autorización para que el DHS obtenga de los proveedores de servicios médicos la información relativa a mí o a cualquier persona incluida en esta solicitud durante el tiempo en que el caso permanezca abierto.

Comprendo y acepto que la oficina del DHS puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

ADVERTENCIAS SOBRE SANCIONES DEL SNAP

Comprendo lo siguiente:

Cualquier miembro de mi hogar que incumple intencionalmente una regla del SNAP será excluido del SNAP desde un año hasta de forma permanente, multado por hasta \$250,000, condenado a prisión durante hasta 20 años o ambos. También puede estar sujeto a acciones judiciales conforme a otras leyes federales y estatales aplicables. Además, puede ser excluido del SNAP durante 18 meses adicionales por orden judicial. Cualquier miembro del hogar que infrinja intencionalmente una norma del SNAP puede ser excluido del programa del siguiente modo:

- Durante un período de un (1) año por la primera infracción, con las excepciones descritas a continuación en los puntos 1 a 5.
- Durante un período de dos (2) años por la segunda infracción, con las excepciones descritas a continuación en los puntos 1 a 5.
- De forma permanente en la tercera ocasión de una infracción intencional al programa.

1. Las personas que son halladas culpables por un tribunal federal, estatal o local de haber utilizado o recibido los beneficios del SNAP en una transacción que implicó la venta de armas, municiones o explosivos serán inelegibles de forma permanente para el programa SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.

2. Las personas que sean halladas culpables de haber realizado una declaración o manifestación fraudulenta en relación con su identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios del SNAP de forma simultánea serán inelegibles para participar en dicho programa durante un período de diez (10) años.

3. Las personas que sean halladas culpables por un tribunal federal, estatal o local de haber utilizado o recibido beneficios en una operación que haya implicado la venta de una sustancia controlada (como se define en el artículo 102 de la Ley de Sustancias Controladas [21 U.S.C. 802]) no serán elegibles para los beneficios durante dos años en la primera infracción y, de forma permanente, en la segunda infracción.

4. Las personas que son halladas culpables por un tribunal de haber comprado o vendido drogas ilegales o determinados medicamentos recetados a cambio de beneficios del SNAP no podrán participar en el SNAP durante 24 meses en la primera infracción y de forma permanente en la segunda infracción.

5. Las personas condenadas por un tribunal federal, estatal o local por haber comercializado los beneficios por un monto total de \$500 o más serán inelegibles de forma permanente para recibir los beneficios del SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.

Comercializar, según se define en el Título 7 del Código Federal de Regulaciones 271.2, significa lo siguiente:

- 1) Comprar, vender, robar o intentar comprar, vender o robar, o realizar otro tipo de intercambio de beneficios del SNAP emitidos y obtenidos mediante tarjetas de EBT, números de tarjetas y números de identificación personal (PIN, personal identification number) o mediante el uso manual del cupón y la firma, por dinero o contraprestación que no sea alimentos elegibles, ya sea directa o indirectamente, en complicidad o conspiración con otros o de forma individual.
- 2) Intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas por beneficios del SNAP.
- 3) Comprar un producto con beneficios del SNAP que tenga un contenedor que requiera un depósito de devolución con la intención de obtener dinero en efectivo desechando el producto y devolviendo el contenedor por el monto del depósito, desechando el producto de forma intencional y devolviendo el contenedor por el monto del depósito de forma intencional.
- 4) Comprar un producto con beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o contraprestación que no sea alimentos elegibles vendiendo el producto, y posteriormente, vender el producto comprado con beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sea alimentos elegibles.
- 5) Comprar intencionalmente productos comprados originalmente con beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o contraprestación que no sea alimentos elegibles.

NO mienta ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios del SNAP que su hogar no debería obtener.

NO utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos inelegibles, por ejemplo, bebidas alcohólicas o tabaco, o para pagar cuentas de crédito.

NO comercialice ni venda (o intente comercializar o vender) las tarjetas de EBT ni utilice la tarjeta de EBT de otra persona para su hogar.

El DHS puede utilizar o divulgar la información contenida en esta solicitud a los fines de la administración de los programas del DHS, así como para la administración de otros programas de asistencia que funcionan con fondos federales, de acuerdo con las leyes, los contratos y las reglamentaciones estatales y federales.

El DHS puede dar a conocer información no identificable para fines de investigación. Toda divulgación de información identificable se realizará de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Comprendo las preguntas de esta solicitud y las sanciones que se aplican por ocultar o dar información falsa o infringir cualquiera de las normas especificadas en esta advertencia sobre sanciones. Certifico bajo pena de perjurio que las repuestas que he proporcionado, incluida la información sobre la ciudadanía y condición de extranjero, es correcta y está completa a mi leal saber y entender. Tengo conocimiento de que en virtud de las Leyes Generales de Rhode Island, artículo 40-6-15, podrá imponerse una multa máxima de \$1,000 o una condena a prisión de hasta cinco (5) años, o ambas, a toda persona que obtenga, intente obtener, o ayude o induzca a otra persona a obtener asistencia pública a la que no tiene derecho, o bien que no declare premeditadamente sus ingresos, recursos o circunstancias personales ni informe que estos superan el monto informado anteriormente. Doy fe de que la identidad de los hijos menores de edad identificados en la presente solicitud y toda la información contenida en ella es verdadera. Comprendo que, si proporciono información errónea, infringiré la ley y podré recibir una sanción conforme a la ley federal, la ley estatal o ambas.

Firma del solicitante o beneficiario	Fecha	Firma del representante autorizado	Fecha
Firma del cónyuge o del otro padre o madre de los niños	Fecha	Firma de la persona que lo ayuda a completar este formulario	Fecha
Firma del tutor legal, curador o apoderado	Fecha	Firma del representante del organismo	Fecha



Notificación al solicitante que se inscribe para votar en Rhode Island

La Junta de Elecciones del estado anima a todos sus ciudadanos a que se inscriban para votar. Su voto le beneficiará a usted y a su familia.

Este paquete de formularios incluye un formulario de inscripción para votantes. Si desea inscribirse para votar, complete y firme el formulario y remítalo a su junta de elecciones local (el directorio está al dorso del formulario).

Inscríbase para votar.

- Si no está inscrito/a para votar en el lugar donde vive actualmente, complete el formulario adjunto.
- El que solicite o no la inscripción como votante no afectará la cantidad de asistencia que le proporcione esta agencia.
- Si desea que alguien le ayude a completar el formulario de inscripción para votar, puede traerlo cuando venga a devolver los otros formularios completados de este paquete o puede llevarlo a la Junta de Elecciones de la ciudad/pueblo donde vive. (El directorio de ciudades/pueblos está al dorso del formulario de inscripción para votantes) La decisión en cuanto a pedir o aceptar esta ayuda le corresponde a usted.
- Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a renunciar al mismo, o con su derecho a tomar la decisión sobre si inscribirse o solicitar la inscripción para votar en privado, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede interponer una queja ante el Voter Registration Coordinator, Rhode Island Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, R.I. 02904 o llamando al (401) 222-2345.



Rhode Island Formulario de Inscripción de Votante

Official use for barcode

Para: Votante Nuevo Actualizar mi información Cambio de partido

! Eligibilidad

Si marca "No" en respuesta a cualquiera de estas preguntas, no complete este formulario.

Información personal

Toda la información ingresada en este formulario es pública excepto:

Número de licencia conducir / ID

Número de SSN

Números de identificación

Si nunca ha votado en Rhode Island, por favor ingrese el número de identificación correspondiente.

La licencia de conducir y la tarjeta de identificación del estado deben ser emitidas por la División de Vehículos Motorizados.

También puede enviar una copia de su identificación con este solicitud.

Dirección de su domicilio en Rhode Island

Dirección postal

Si es diferente de su domicilio de Rhode Island

Afiliación a un partido

Afirmación y Firma

Advertencia: Si firma este formulario y sabe que es falso, usted puede ser condenado y multado hasta \$5,000 o encarcelado hasta 10 años.

Actualiza mi información

¡Involucrarse!

¿Eres ciudadano de los Estados Unidos? Si No

¿Eres residente de Rhode Island? Si No

¿Tienes al menos 16 años de edad? Si No *Debes tener 18 años para votar*

Apellido Sufijo

Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Telefono/ correo electronico (opcional)

Licencia de conducir de RI, o tarjeta de identificación del Estado de RI: _____

No me han emitido una licencia de conducir, o una tarjeta de identificación del Estado de RI.
Escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social (SSN): _____

No me han emitido una licencia de conducir, o una tarjeta de identificación de RI, o un SSN.

Dirección de domicilio (No una castilla postal) Apt

RI

Ciudad/Municipio Estado Codigo postal

Dirección postal Apt

Ciudad/Municipio Estado Codigo postal

Demócrata Republicano Sin Afiliación Otro: _____

Juro o afirmo que:

Soy un/a ciudadano/a estadounidense; Vivo en la dirección antes expuesta; Tendré por lo menos dieciocho (18) años de edad cuando vote; No estoy encarcelado en una institución correccional por una condena por delito grave; No he sido legalmente juzgado "mentalmente incompetente" para votar por un tribunal de justicia. La información que he proporcionado es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y bajo dolores y penas de perjurio. Si proporcioné información falsa, me pueden multar, encarcelar o (si no soy un ciudadano de los Estados Unidos) deportarme o negarme a ingresar a los Estados Unidos.

FIRME AQUÍ:

X

Fecha de firmar
(mm/dd/aaaa)

Nombre anterior

Dirección de su inscripción anterior (ciudad/municipio, condado, estado, y código postal)

Estoy interesado/a en ser trabajador/a electoral

Dirección del remitente

Se requiere
un sello.

Enviar a: **BOARD OF CANVASSERS**

Barrington Town Hall
283 County Rd. 02806
247-1900 x4

Bristol Town Hall
10 Court St. 02809
253-7000

Burrillville Town Hall
105 Harrisville Main St.
Harrisville 02830
568-4300

Central Falls City Hall
580 Broad St. 02863
727-7450

Charlestown Town Hall
4540 South County Trl. 02813
364-1200

Coventry Town Hall
1670 Flat River Rd. 02816
822-9150

Cranston City Hall
869 Park Ave. 02910
780-3126

Cumberland Town Hall
45 Broad St. 02864
728-2400

East Greenwich Town Hall
125 Main St.,
P.O. Box 111 02818
886-8603

East Providence City Hall
145 Taunton Ave. 02914
435-7502

Exeter Town Hall
675 Ten Rod Rd. 02822
294-2287

Foster Town Hall
181 Howard Hill Rd. 02825
392-9201

Glocester Town Hall
1145 Putnam Pike
P.O. Box B, Chepachet 02814
568-6206 x0

Hopkinton Town Hall
1 Town House Rd. 02833
377-7777

Jamestown Town Hall
93 Narragansett Ave. 02835
423-9804

Johnston Town Hall
1385 Hartford Ave. 02919
553-8856

Lincoln Town Hall
100 Old River Rd.
P.O. Box 100 02865
333-1140

Little Compton Town Hall
40 Commons
P.O. Box 226 02837
635-4400

Middletown Town Hall
350 East Main Rd. 02842
849-5540

Narragansett Town Hall
25 Fifth Ave. 02882
782-0625

Newport City Hall
43 Broadway 02840
845-5386

New Shoreham Town Hall
16 Old Town Rd.
P.O. Box 220 02807
466-3200

North Kingstown Town Hall
100 Fairway Dr, 02852
294-3331 x128

North Providence Town Hall
2000 Smith St. 02911
232-0900 x234

**North Smithfield
Municipal Annex**
575 Smithfield Rd. 02896
767-2200

Pawtucket City Hall
137 Roosevelt Ave. 02860
722-1637

Portsmouth Town Hall
2200 East Main Rd. 02871
683-3157

Providence City Hall
25 Dorrance St. 02903
Room 102
421-0495

Richmond Town Hall
5 Richmond Townhouse Rd.
Wyoming 02898
539-9000 x9

Scituate Town Hall
195 Danielson Pike
P.O. Box 328
North Scituate 02857
647-7466

Smithfield Town Hall
64 Farnum Pike, 02917
233-1000 x116

South Kingstown Town Hall
180 High St.
Wakefield 02879
789-9331 x1231

Tiverton Town Hall
343 Highland Rd. 02878
625-6703

Warren Town Hall
514 Main St. 02885
245-7340

Warwick City Hall
3275 Post Rd. 02886
738-2010

West Greenwich Town Hall
280 Victory Hwy. 02817
392-3800

West Warwick Town Hall
1170 Main St. West Warwick, RI
02893
822-9201

Westerly Town Hall
45 Broad St. Westerly, RI 02891
348-2503

Woonsocket City Hall
169 Main St.
P.O. Box B 02895
767-9221