



SOLICITUD DE ACCESS FLORIDA

Antes de Comenzar

Usted está listo para empezar su solicitud. Aquí hay información importante para cuando presente una solicitud y lo que puede esperar.

Solicitando beneficios

Usted puede solicitar ayuda dándonos solamente su nombre, dirección y firmando su aplicación. Le animamos a que usted responda a tantas preguntas como usted pueda y firme su solicitud hoy. Esto nos permitirá ayudarlo con más rapidez. Si usted necesita ayuda para completar esta solicitud o necesita servicios de intérprete, podrían haber Socios de la Comunidad en su área que le pueden ayudar. Visite nuestro sitio www.myflorida.com/accessflorida o contacte nuestro centro de llamadas de asistencia al cliente al 1-866-762-2237 para más información. Usted puede presentar una solicitud más rápida en línea entrando al www.myflorida.com/accessflorida.

Procesando Su Solicitud

El procesamiento comienza con la fecha en que recibimos su solicitud firmada. Podría tomar entre 7 a 30 días para procesar su solicitud para asistencia alimentaria. Grupos de familias acelerados pueden recibir beneficios de asistencia alimentaria en menos de siete días. Sus respuestas en la solicitud determinarán si su grupo familiar cumple con los criterios de asistencia alimentaria acelerada. Grupos familiares acelerados deben tener:

1. Un ingreso mensual bruto menos de \$150 y activos líquidos menos de \$150; 2. Un ingreso bruto mensual en adición a activos líquidos de menor valor que el alquiler o hipoteca del grupo familiar más los costos de servicios públicos; o 3. **Ser un trabajador inmigrante indigente o un trabajador agrícola temporal con activos líquidos menos de \$100.** Las solicitudes para Asistencia Médica y Asistencia Temporal en efectivo podrían tomar entre 30 a 45 días y las solicitudes para Asistencia Médica podrían durar más tiempo si necesitamos determinar si alguien es un discapacitado. Usted podría revisar el estatus de su solicitud visitando el sitio web de ACCESS Florida al <http://www.myflorida.com/accessflorida> y haciendo clic en el enlace de "My ACCESS Account" (*Mi Cuenta ACCESS*).

Una Solicitud para Asistencia puede ser entregada a cualquier oficina del Departamento de Niños y Familias y Servicios de Autosuficiencia Económica en el Estado de Florida por usted o por alguien actuando en su nombre, en persona, por correo, facsimile (FAX) o electrónicamente por internet. Las solicitudes recibidas durante horas hábiles regulares serán consideradas como recibidas el mismo día. Cuando una solicitud es recibida después de las horas hábiles, la solicitud será considerada como recibida el próximo día hábil siguiendo su recibimiento. Los beneficios de asistencia alimentaria empiezan desde la fecha de la solicitud si la solicitud reúne todos los requisitos de elegibilidad, completa la entrevista y suministra toda la información de elegibilidad necesaria antes del 30º día después de la fecha de la solicitud. El grupo familiar tiene el derecho a presentar una solicitud el mismo día en que se pone en contacto con DCF, en una oficina, por teléfono, fax en persona, o electrónicamente. Los solicitantes no tienen que completar la entrevista antes de presentar la solicitud. El recibimiento de asistencia alimentaria no afecta el plazo de otros programas. Para un individuo solicitando asistencia alimentaria y SSI a la misma vez, la fecha de plazo es la fecha de salida de la institución o la fecha actual de recibimiento si es presentada después de la salida. La colección de información en la solicitud, incluyendo el SSN (número de seguro de social) de cada miembro del grupo familiar, es autorizada bajo la Ley de Nutrición y alimentación del 2008 en su forma enmendada 7 U.S.C. 2011-2036. La información será utilizada para determinar si su grupo familiar es elegible o continúa siendo elegible para participar en asistencia alimentaria. Nosotros verificaremos esta información por medio de programas computarizados de comparación de datos. Esta información también será utilizada para monitorear el cumplimiento con regulaciones del programa y el manejo del programa. El grupo familiar no puede ser negado de beneficios de asistencia alimentaria solamente por ser negado de otros programas de beneficios.

Cabeza de Familia

El grupo familiar puede seleccionar un padre adulto de niños (de cualquier edad) viviendo con el grupo familiar, o un adulto que tiene control parental sobre los niños (menores de 18 años de edad) viviendo con el grupo familiar, como cabeza de familia siempre y cuando todo los miembros adultos del grupo familiar estén de acuerdo con la selección. Los grupos familiares pueden seleccionar la cabeza de familia, a cada repaso o cuando hay un cambio en la composición del grupo familiar. Si todos los miembros adultos no están de acuerdo con la selección o declinan seleccionar un padre adulto como cabeza de familia, la agencia estatal podría designar la cabeza de familia o permitirá que el grupo familiar haga otra selección. Si el grupo familiar no consiste de padres adultos y niños o adultos que tienen control parental de niños viviendo con el grupo familiar, la agencia estatal designará una cabeza de familia o permitirá que el grupo familiar lo haga.

Número de Seguro Social

Nosotros podríamos considerar a miembros del grupo familiar que son inelegibles o que no están solicitando beneficios, como no-solicitantes. Los no-solicitantes, o personas solicitando solamente para Asistencia Médica de Emergencias para Extranjeros, Asistencia en Efectivo para Refugiados, o Asistencia Médica para Refugiados, NO necesitan proporcionar un Número de Seguro Social (SSN). Si usted no es elegible para un SSN por su estatus migratorio, usted podría ser elegible para un SSN no laboral. Si usted necesita un SSN, nosotros le podríamos ayudar a solicitarlo. No solicitantes NO necesitan proporcionar comprobantes de estatus migratorio. No ciudadanos que están solicitando beneficios tendrán que presentar estatus migratorio verificado con los Servicios de Ciudadanía y Migración de los Estados Unidos (USCIS). Nosotros no le diremos al USCIS sobre su estatus migratorio de las personas viviendo con su grupo familiar que no están solicitando beneficios.

Información Importante para Inmigrantes

La solicitud para o el recibimiento de beneficios de Asistencia Alimentaria (SNAP) o Asistencia Médica no afectará el estatus migratorio suyo o de los miembros de su grupo familiar o la habilidad de obtener una condición de residente permanente (*tarjeta verde o green card*). El recibimiento de Asistencia Temporal en Efectivo o cuidado institucional de largo término, como beneficios de centro de cuidado, podría crear problemas en obtener ese estatus, especialmente si los beneficios son los únicos ingresos de su familia.

Fraude de Asistencia Pública / Aviso de Penalizaciones

Si lo hayan culpable (por una corte estatal o federal, o una audiencia administrativa de descalificación, o firma una exención de audiencia) de hacer declaraciones falsas o engañosas intencionalmente, ocultando o encubriendo hechos para recibir o con el intento de recibir asistencia alimentaria o Asistencia Temporal en efectivo (TCA) o de cometer algún acto que viola la Ley de Nutrición y Alimentación el 2008, regulaciones de asistencia alimentaria o cualquier estatuto estatal con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir o poseer beneficios de asistencia alimentaria, usted será descalificado. Usted será inelegible para asistencia alimentaria o TCA por 12 meses por la primera violación, 24 meses para la segunda violación y permanente después de la tercera violación. Si usted es condenado de tráfico de beneficio de asistencia alimentaria de \$500 o más, usted será descalificado permanentemente. El tráfico de asistencia alimentaria incluye:

1. La compra, venta, robo, o intercambio de beneficios por dinero en efectivo;
2. El intercambio de armas de fuego, municiones, explosivos, o drogas ilegales por beneficios;
3. La compra de sodas, agua, u otros artículos en un contenedor para obtener un depósito de dinero;
4. La compra de un artículo con asistencia alimentaria y la venta a propósito del artículo para dinero en efectivo; y
5. El intercambio de dinero por artículos pagados con los beneficios de asistencia alimentaria.

Si usted es condenado de estos actos, dependiendo en la severidad, usted podría ser multado hasta \$250,000, encarcelado hasta por 20 años, o ambos. Usted también podría ser sujeto a enjuiciamiento bajo las leyes Federales y Estatales aplicables. Se le podría prohibir recibir asistencia alimentaria por uno 18 meses adicionales si la corte lo ordena. Si usted es condenado por una corte estatal o federal de hacer declaraciones fraudulentas respecto a la identidad o residencia para recibir asistencia alimentaria o TCA en más de un estado a la misma vez, usted podría ser inelegible para participar en el Programa de Asistencia alimentaria o TCA por un período de 10 años.

Si usted está huyendo para evitar persecución, custodia o confinamiento después de la convicción por un crimen o un intento de cometer un crimen, que es un delito grave o está en violación de probación o palabra impuesta bajo ley federal o estatal, usted es inelegible por asistencia alimentaria y Asistencia Temporal en efectivo. Esta información podría ser divulgada a otras agencias federales y estatales para examen oficial y a autoridades policiales con el propósito de aprehender a las personas huyendo para evadir la ley.

Si usted es declarado culpable de un delito grave por el tráfico de drogas después 8/22/96, o convicto por una corte federal, estatal o local por el intercambio de armas de fuego, municiones o explosivos por los beneficios de asistencia alimentaria, usted es inelegible por asistencia alimentaria. Si usted es condenado por el uso o recibimiento de beneficios de asistencia alimentaria en una transacción involucrando la venta de una sustancia controlada, usted será inelegible por 24 meses por la primera violación y permanentemente por la segunda violación. Los grupos familiares no deben usar beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no comestibles, para pagos de cuentas de crédito, pagos por alimentos comprados en una cuenta de crédito, utilizar o poseer la tarjeta Electrónica de Transferencia de Beneficios (EBT) de otros, permitir el uso no autorizado de la tarjeta de EBT por personas que no son miembros del grupo familiar, vender o cambiar las tarjetas de EBT, o usar la tarjeta de EBT de otra persona. Si un reclamo de asistencia alimentaria se presenta en contra de su grupo familiar, la información en esta solicitud, incluyendo todo los SSN, podría ser referido a las agencias Federales y Estatales, así como agencias de colección de reclamos privados para proceder a la acción de recolección de la deuda.

Sistema de Verificación de Ingresos e Inelegibilidad (IEVS)

Nosotros solicitamos información por medio de comparaciones computarizadas en IEVS y nos permite verificar la información si encontramos diferencias basadas en las respuestas que usted dio en su solicitud. Nosotros podemos usar la información encontrada en IEVS para afectar su elegibilidad y nivel para beneficios.

Requerimientos de Informe

Para todos los programas, se les anima a los grupos familiares que reporten cualquier cambio de dirección de vivienda y/o de envíos. Para programas excepto Asistencia Alimentaria (SNAP), el grupo familiar debe reportar cambios de quien vive en el domicilio, de empleo, e ingreso. Grupos familiares con asistencia alimentaria (SNAP) deben reportar cuando el ingreso mensual bruto total excede 130% del nivel federal de pobreza para el tamaño del grupo familiar y cuando las horas de trabajos de los adultos capacitados caen debajo de 20 horas por semana en un promedio mensual antes del 10 del mes después del mes del cambio. Los grupos familiares recibiendo Medicaid o Asistencia Temporal en efectivo deben reportar cambios en 10 días.

Solicitando una Audiencia Imparcial

Usted tiene el derecho a pedir una audiencia ante un funcionario de audiencias estatal. Usted puede traer consigo o ser representado por un abogado, pariente, amigo, o cualquier persona de su elección. Si usted desea una audiencia, usted debe solicitarla por escrito, llamando al Centro de Llamadas de asistencia al cliente, o en persona en la oficina antes de 90 días de la fecha de envío de su aviso de acción de caso. Si usted solicita una audiencia el último día del mes antes de la fecha efectiva de acción adversa, sus beneficios podrían continuar al nivel anterior hasta la decisión de la audiencia. Usted será responsable por repagar cualquier beneficio continuado si la decisión de la audiencia no está en su favor. Si usted necesita más información sobre como recibir consejería legal gratis, puede llamar al número gratuito Centro de Llamadas de Asistencia al cliente al 1-866-762-2237 para un listado de agencias legales gratis en su área.

Solicitudes de Asistencia Médica

Use esta solicitud para ver cuales opciones para cobertura usted califica, como el seguro gratis o a bajo costo de Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP), planes de seguro médico privados asequibles que ofrecen cobertura exhaustiva para ayudarlo a mantenerse saludable, y un nuevo crédito de impuestos que pueden inmediatamente ayudar a pagar sus primas para cobertura de primas. Para completar una solicitud, usted podría necesitar números de seguro social, números de documentos para inmigrantes legales, empleados e información de ingresos para todas las personas en su número de pólizas de su familia para seguro de salud actual e información de seguro de salud relacionado al trabajo. Por favor envíe copias no originales.

Lo Que Pasa Después

Entregue su solicitud firmada a cualquier oficina del Departamento de Niños y Familias y de Servicios de Autonomía Económica o envíe su solicitud a ACCESS Central Mail Center, P.O. Box 1770, Ocala, FL 34478-1770. Usted podría enviar su solicitud por fax a un centro de Servicios al Cliente en su área. Encuentre un número local de fax al <http://www.myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/locate-service-center-your-area>.



SOLICITUD DE ACCESS FLORIDA

Quiero presentar una solicitud para: Asistencia Alimentaria En efectivo Cuidador por Pariente Médico Hospicio
 OSS/Suplementación Estatal Opcional Exención de Medicaid/Servicios De Cuidado y Provistos por la Comunidad Centro de
 Cuidados – Dirección de vivienda antes de entrar en el Centro de Cuidados:

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: (Cabeza de Familia – vea la sección "Antes de Comenzar")

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
---------------	----------------	----------

Dirección de Domicilio: (Deje en blanco si usted no tiene uno.)

Calle	No. de Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal	País
-------	-------------	--------	--------	---------------	------

Dirección donde recibe correo: (si es diferente de donde vive)

Calle/P. O. Box	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------------	--------	--------	---------------

Número de teléfono de domicilio o mensaje:	Número de teléfono del trabajo:	Número de teléfono móvil:
--	---------------------------------	---------------------------

Correo electrónico:

¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? Sí NO

¿Tiene usted una razón que le impide llegar a la oficina para una entrevista?

Enfermedad Transporte Trabajo o Capacitación Vivo en área rural Cuidado de un enfermo o miembro del grupo familiar discapacitado
 Otro (explique): _____

¿Cuál es su idioma hablado o escrito preferido (si no es inglés)? _____

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Yo entiendo que la información que proporciono con esta solicitud, entrevista o al solicitar otros beneficios, incluye comparación de información computarizada con otras agencias, es sujeta a verificación por DCF y otras agencias Federales y Estatales incluyendo la División de Fraude de Asistencia Pública (DPAF). Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente: DCF, DPAF, y la Agencias Federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en este formulario, entrevista o al solicitar otros beneficios. La información puede ser obtenida de mis empleadores pasados o presente. Mi firma autoriza la divulgación de tal información a DCF y/o DPAF. Como condición de participación en Medicaid, doy consentimiento a la revisión y divulgación de todos los expedientes médicos considerado necesarios por Medicaid bajo sus poderes de auditoría e investigación. Si alguna información es incorrecta, los beneficios podrían ser reducidos o negados y yo podría ser sujeto a enjuiciamiento penal o descalificación del programa por proporcionar información incorrecta o falsa u ocultar información a sabiendas. He leído mis Derechos y Responsabilidades. Yo certifico bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verdadera según mi mejor conocimiento, incluyendo el estatus de ciudadano o no ciudadano de aquellos que están solicitando beneficios. Por este medio reconozco el recibimiento de Florida DCF CFOP 60-17, Capítulo 1, Anexo 3, Póliza de Manejo y Protección de Información Personal de Salud.

FIRMAS

Firma del miembro del grupo familiar adulto / Fecha firmada

Firma del testigo si es firmado con un "X"

Representante Autorizado/Designado
– Letra imprenta

Nombre

Dirección

Teléfono

Firma del Representante Autorizado/Designado

FOR OFFICE USE ONLY

Community Access Site Participant Name/Phone Number:

Date Stamp:

ASISTENCIA ALIMENTARIA ACELERADA: Grupos familiares elegibles podrían recibir beneficios en 7 días.

¿Es el ingreso bruto de su grupo familiar menos de \$150? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Usted paga para la calefacción o enfriamiento de su hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Son sus activos líquidos totales (como dinero en efectivo, cuentas bancarias, etc.) menos de \$100? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cuánto es la cantidad mensual de su renta o hipoteca? \$
¿Es el ingreso bruto mensual de su grupo familiar más sus activos líquidos menos que su renta o hipoteca más servicios públicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Se ha interrumpido recientemente todos los ingresos de su grupo familiar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que si, CUÁNDO?
Marque las facturas que usted paga: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Teléfono	¿Hay alguien en su grupo familiar que es un trabajador inmigrante o agrícola de temporada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, QUIÉN?

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Si usted necesita espacio adicional en las siguientes secciones, por favor use páginas adicionales. Por favor provea la mayor información como pueda para ayudarnos a determinar su elegibilidad de manera rápida. En la Sección A y B, haga un listado incluyéndose a sí mismo de todas las personas viviendo en su hogar aún si usted no está presentando una solicitud por ellos. Si usted no está presentando una solicitud por un miembro, usted no tiene que proporcionar su SSN o estatus migratorio. Incluya su conyuge, los hijos menores de 21 que viven con usted, cualquier persona que usted incluye en su declaración de impuestos, aun cuando ellos no vivan con usted, y cualquier persona menor de 21 del cual usted es responsable y vive con usted. Si vive en un centro de cuidado o instituto, haga un listado incluyéndose a sí mismo, su conyuge y dependientes.

ETNICIDAD (Información Voluntaria/Opcional): **A** = Hispano o Latino o, **B** = No Hispano o Latino

RAZA (Información Voluntaria/Opcional): Usted puede elegir uno o más números: **1** – Indio Norteamericano o Nativo de Alaska; **2** – Asiático o Isleño del Pacífico; **3** – Negro o Afro-americano, no de origen hispano; **4** – Blanco, no de origen hispano; **5** – Sureste Asiático; **6** – Otro; **7** – Desconocido. Esto no afectará la elegibilidad u otro nivel de beneficios. La razón que pedimos esta información es para asegurar que los beneficios del programa son distribuidos sin importar la raza, color u origen nacional.

SECCIÓN A – Enumere Todos Los Adultos Viviendo en su Dirección

Nombre Legal del Adulto Primer, Segundo Nombre, Apellido	¿Desea Solicitar?	Sexo	Número de Seguro Social (vea las instrucciones previas)	Fecha y Lugar de Nacimiento*	Ciudadano de E.E.U.U.	Etnicidad (véase arriba)	Raza (véase arriba)	Estado Civil	Asiste a la escuela/ # horas / semana/ Último grado completado*	Compra y Come Alimentos con Uds.
1.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO # horas por semana: * Último grado completado:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Relación a usted	USTED									
2.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO # horas por semana: * Último grado completado:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Relación a usted										
3.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO # horas por semana: * Último grado completado:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Relación a usted										
4.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO # horas por semana: * Último grado completado:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Relación a usted										

SECCIÓN B – Enumere Todos los Niños Viviendo en su Dirección. Si alguna persona está embarazada, escriba “nonato” como el nombre y la fecha de parto como la fecha de nacimiento.

Nombre Legal del Niño Primer, Segundo Nombre, Apellido		¿Desea Solicitar?	Sexo	Número de Seguro Social (vea las instruc- ciones previas)	Fecha y Lugar de Nacimiento*	Ciudadano de E.E.U.U.	Etnicidad (véase pág. 2)	Raza (véase pág. 2)	*Niño menor de 5 inmunizado	Asiste la Escuela/ Nombre de Escuela	*Fecha de Graduación	Compra y Come Alimentos Con Uds.
1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la escuela:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Relación a usted												
2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la escuela:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Relación a usted												
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la escuela:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Relación a usted												
4.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No USCIS #	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la escuela:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Relación a usted												

SECCIÓN C – INFORMACIÓN SOBRE PADRE AUSENTE: Suministre la siguiente información por cada niño en la sección B cuyo padre y/o madre no está en el hogar.

		Nombre, Dirección, Número Telefónico	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Raza (véase pág. 2)	Razón por la ausencia	¿Padre legal del niño/a?
Niño 1	Madre						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
	Padre						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Niño 2	Madre						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
	Padre						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Niño 3	Madre						<input type="checkbox"/> WI <input type="checkbox"/> NO
	Padre						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Niño 4	Madre						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
	Padre						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN D – INFORMACIÓN GENERAL: Responda a las siguientes preguntas sobre las personas enumeradas en las Secciones A y B que están solicitando asistencia.

¿Hay alguien en su hogar huyendo de la ley debido a una violación de su libertad condicional o libertad bajo palabra? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Hay alguien en su grupo familiar que ha vendido o regalado alguna propiedad o activos en los últimos 3 meses (propósito de asistencia alimentaria) o 5 años (Medicaid)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Hay alguien en su hogar que ha sido condenado de un delito grave por el tráfico de drogas incluyendo acuerdo, conspiración, cooperación o siendo cómplice con otra persona para cometer un acto efectuado después 8/22/1996? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Hay alguien en su hogar que ha dejado un trabajo en los últimos 60 días o hay alguien en huelga? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Hay alguien en su hogar que ha sido condenado de la fecha o antes de 8/22/96, por recibir asistencia alimentaria, asistencia temporaria en efectivo, o Medicaid en más de un Estado a la misma vez? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Hay alguien en su grupo familiar que ha recibido alimentos, dinero en efectivo o asistencia médica de otro Estado o fuente en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Son todos residentes del estado de Florida? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que no, ¿quién?
¿Hay alguien en el grupo familiar embarazada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién? Fecha de nacimiento: _____ N° de Bebés Esperados: _____
*¿Alguien ha asistiendo a una conferencia escolar para algunos de los niños entre 6-18 años? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién? ¿Cuándo?
¿Tiene algún miembro de su grupo familiar la condición de extranjero patrocinado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Vive algún miembro en un ámbito especial como asilo para personas sin hogar, centro de tratamiento para la drogadicción, centro de cuidado, centro de vida asistida u otra institución? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién? Nombre y tipo de instalación: _____
¿Es algún miembro un hijo adoptivo (hijo de crianza)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Estuvo algún miembro bajo cuidado como hijo de crianza de acogida de la Florida a la edad de 18 años o mayor? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
*Si usted está solicitando para servicios de un tipo de centro de cuidados, ¿tiene usted algún niño (de cualquier edad) viviendo en su hogar que es ciego o discapacitado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién? ¿Cuál es su relación?
¿Ha determinado el Seguro Social o el Estado de la Florida la discapacidad de alguna persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
*¿Se le ha negado a alguien el Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) durante los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién? ¿Cuándo?
*¿Necesita algún miembro de su grupo familiar ayuda para el pago de las primas de Medicare o las cuentas médicas de los últimos tres (3) meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
*¿Alguna persona a quién se le negó la condición de discapacidad presenta alguna condición médica nueva que no ha sido considerada por la Administración de Seguro Social? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Es algún miembro de su grupo familiar víctima del tráfico de personas? (Víctimas del tráfico humano son personas que han sido secuestradas, mantenidas, o trasladadas por la fuerza o mediante engaño para explotación sexual o trabajo forzado.) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Ha sido condenado algún miembro de su grupo familiar por el intercambio de beneficios de asistencia alimentaria por drogas, condenado por la compra o venta de beneficios de asistencia alimentaria de más de \$500, o condenado de intercambiar beneficios de asistencia alimentaria por armas de fuego, municiones o explosivos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
¿Algún miembro del grupo familiar paga por el alquiler de su cuarto (Inquilino) o alojamiento y comida (Pensionista)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
*¿Hay alguien que presenta una condición de salud física, mental o emocional que limita las actividades (como el bañarse, vestirse, actividades diarias, etc.) o vive en un centro médico centro de cuidados? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
*¿Hay algún niño que es limitado o que está limitado en su habilidad de hacer la mismas cosas que otros niños de su misma edad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
*¿Necesita o recibe alguna persona terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla, o tratamiento o consejería por un problema emocional, de desarrollo o de conducta? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?
*¿Necesita o usa algun niño más servicios de cuidado médico, salud mental o servicios educativos que es usual para la mayoría de niños de su edad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, ¿quién?

SECCIÓN E – ACTIVOS: Responda las siguientes preguntas sobre las personas indicadas en las Secciones A y B que están solicitando asistencia. Si usted necesita espacio adicional en las siguientes secciones, por favor use páginas adicionales.

¿Es alguna persona por la que presenta esta solicitud propietario de la totalidad o de una parte de activos, como: *vehículos, cuentas bancarias, cuentas exentas de impuestos, propiedades, Certificados de Depósito (CDs), dinero en efectivo, títulos hipotecarios, pagarés, *préstamos, *IRAs, *401Ks, bonos, *anualidades, acciones, bienes raíces, derechos vitalicios, fideicomisos, * planes Keogh, *contratos con comunidades de cuidados continuos para jubilados o personas mayores, contratos/parcelas en cementerios, gastos funerarios pagados por adelantado, títulos o certificados de ahorro, activos comerciales, sumas de dinero importantes recibidas en los últimos 3 meses, *seguro de salud/atención a largo plazo/vida/automotor, organizaciones de administración de la salud (HMO), Medicare o suplementos de Medicare, etc? *Incluir activos/seguro de padres de hijos menores solicitantes si viven en la casa y activos/seguro de cónyuges de solicitantes si viven en la casa. SÍ NO

Si la respuesta es sí, enumérelos a continuación:

***INFORMACIÓN MPORTANTE PARA TITULARES DE UNA ANUALIDAD:** De acuerdo con la Ley Pública 109-171, las personas (y los cónyuges) que soliciten o reciban beneficios en el marco del Programa de Asistencia Institucional de Medicaid (atención de centro de cuidados), Hospicio, exención de servicios de cuidado en el hogar o provisto por la comunidad o el programa de cobertura total de salud para ancianos deben enumerar todas las anualidad que les pertenecen. Ciertas anualidades compradas (y otras transacciones) hechas después de 11/01/2007, serán consideradas como una transferencia de un activo por menos que su valor razonable de mercado a menos que los nombres del Estado de Florida, Agencia para la Administración de cuidados médicos sea nombrado como el primer beneficiario residual (o segundo beneficiario residual después del conyuge comunitario o niño menor o discapacitado) por el monto total de fondos de Medicaid pagados en nombre del beneficiario de Medicaid.

*DCF debe determinar el valor de los activos de los solicitantes de Medicaid y beneficiarios mayores (65 o mayor), individuos ciegos o discapacitados. Los solicitantes y beneficiarios deben permitir a DCF que pida los registros financieros de cualquier banco, ahorros y préstamos, unión de créditos u otro instituto financiero completando un Formulario de Autorización de Información Financiera CF-ES 2613.

Individuo	Tipo de Activo o Seguro	Vehículos Año, Marca, Modelo*	Monto Adeudada en Vehículo/Propiedad	Localidad del Activo/Banco de Seguro/ Nombre y Dirección de la Empresa	Nº de Cuenta o Nº de ID de Seguro	Monto o Valor

¿Están apartados algunos de los previos activos para cubrir gastos funerales? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En el caso que sí, ¿cuál? ¿Monto?
¿Ha cerrado alguna persona cuentas bancarias u otras inversiones, agregado alguien al título de un activo, ha Regalado activos o propiedades, o activos liquidados mayor de \$3,000 para comprar otro activo o servicio en los últimos 3 meses (asistencia alimentaria) o 5 años (Medicaid)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En el caso que sí, quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Valor?
¿Es propietario de algún activo en conjunto con una persona que no vive con usted? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿En el caso que sí, quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Valor?

USTED PUEDE REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ

Si usted no está registrado para votar donde vive ahora, ¿desea registrarse para votar aquí hoy? Marque SÍ si desea inscribirse para votar o actualizar su información de registración de votante. Si usted marca NO o no marca una casilla, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar o actualizar su información de registración de votante. Marcando SÍ, NO o dejando la pregunta en blanco no afectará el recibimiento de beneficios. SÍ NO

AVISO DE DERECHOS

Ayuda: Si usted desea ayuda para llenar su solicitud de registración de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud de registración de votante en privado.

Beneficios: Si usted está presentando una solicitud para asistencia pública de esta agencia, solicitando para registrarse o rechazando la registración como votante, no afectará la cantidad de asistencia que se le otorgará por esta agencia.

Privacidad: Su decisión de no registrarse o actualizar su registro y la ubicación donde se registró o actualizó es confidencial y solamente puede ser utilizada con el propósito de registro electoral.

Reclamo Formal: Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho para registrarse o de rechazo a hacerlo, su derecho a la privacidad de la decisión de registrarse para votar o su derecho en elegir su propio partido político o preferencia política, usted puede presentar un reclamo formal ante: Florida Secretary of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Formularios para presentar un reclamo están disponibles entrando a <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml> o llamando 1-850-245-6200. Para quejas no relacionadas a la inscripción de votantes, por favor véase la "DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA-HHS" ("USDA-HHS NON-DISCRIMINATION STATEMENT") en la página 9. [Autoridad: Ley Nacional de Registro de Votante (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 & 97.0585, F.S.]

SECCIÓN F – INGRESO:

Responda las siguientes preguntas sobre las personas indicadas en las Secciones A y B que están solicitando asistencia. ¿Recibe alguna persona por quién usted está solicitando algún tipo de ingreso, tal como: salarios, propinas, trabajo independiente, Seguro Social/Retiro de Ferrocarril o Discapacidad, SSI, otra discapacidad, ingreso de excombatiente (VA), pensión, Servicio Civil, desempleo, manutención de menores, pensión alimenticia, dividendos, interés, estipendio, dinero de otra persona, anualidad, alquiler, compensación laboral, bienes/ fideicomiso, asistencia pública, subvención, becas, préstamos estudiantiles, pagos de reparación, subsidio de formación, etc.? (Incluya el ingreso de padres viviendo en el hogar con niños menores solicitantes e ingresos de conyuges y dependientes viviendo en el hogar.) SÍ NO En el caso que sí, ennumerelas:

Individuo	Tipo de Ingreso	Nombre del Empleador o Fuente de Ingreso	Número de teléfono de empleado	Monto mensual antes de deducciones	Frecuencia de pago (semanal/ quincenal/ mensual)	Día de la semana en que recibe pago	Cant. de horas semanales de trabajo

¿Se ha interrumpido el ingreso de alguna persona en el grupo familiar o sus horas laborales reducidos en los últimos 60 días o el año pasado? SÍ NO
 ¿En el caso que sí, quién? Cuándo? Fuente?

¿Hay alguien en su grupo familiar que recibirá ingreso adicional de otra fuente que se ha terminado? SÍ NO ¿Monto bruto (antes de deducciones) recibidas solamente en este mes? \$
 En el caso que sí, ¿quién? Cuándo?

¿Hay alguien que tiene una solicitud pendiente para recibir beneficios de Seguro Social o Compensación por Desempleo? SÍ NO
 En el caso que sí, ¿quién? Cuál Beneficio?

¿Se ha efectuado depósitos al Fideicomiso de renta o tipo Miller en los último 3 meses? SÍ NO ¿A quién pertenece fideicomiso?
 Fecha(s) y Monto(s) de Deposito(s)?

Si es empleado independiente, ¿qué tipo de trabajo? Monto del ingreso neto mensual (ganancias después de pagar los gastos empresariales): \$

*¿Tiene planeado presentar una declaración de impuestos el AÑO QUE VIENE? SÍ NO En el caso que sí, responda las siguientes preguntas:
 *¿Declarará junto con su conyuge? SÍ NO En el caso que sí, ¿cuál es el nombre de su conyuge?
 *¿Declarará algún dependiente en su declaración de impuesto? SÍ NO En el caso que sí, suministre el nombre de los dependientes:
 *¿Lo declarará otra persona como dependiente en su declaración de impuesto? SÍ NO En el caso que sí, ¿cuál es el nombre del declarante?
Cuál es su relación con este declarante?

*¿Le han ofrecido a alguien en esta solicitud cobertura médica por medio de un trabajo? SÍ NO
 En el caso que sí, ¿quién?

*¿A quién podemos contactar sobre cobertura médica del empleado en este trabajo?

*¿Actualmente es Ud. elegible para cobertura ofrecida por el empleador o será elegible en los próximos 3 meses? SÍ NO

*¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo? SÍ NO [Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el estándar de valor mínimo si el plan comparte el total de costos de beneficios permitido cubiertos por el plan que no es menos de 60 por ciento de tales costos. Sección 36B(c)(2)(C)(ii) Del Código de Impuestos Internos de 1986.]

*Para el plan más económico que cumple con el estándar de valor mínimo ofrecido al empleado (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si el/ella recibe el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibió otros descuentos en base al program de bienestar. ¿Cuánto dinero tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$
 ¿Frecuencia? Semanal Quincenal Mensual Trimestral Anual

*¿Qué cambio tendrá que hacer el empleador para el plan del año nuevo? El empleador no ofrece cobertura médica El empleador empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima por el plan más económico disponible solamente al empleado que reúne el estándar de valor mínimo. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por el plan? \$
 ¿Frecuencia? Semanal Quincenal Mensual Trimestral Anual ¿Fecha de cambio?

SECCIÓN G – GASTOS: Responda la siguientes preguntas sobre las personas indicadas en las Secciones A y B por los cuales está solicitando asistencia. ¿Está alguna de las personas para quien usted solicita el beneficio obligado a pagar gastos tales como: alquiler: hipoteca, impuesto a los bienes, seguro sobre el hogar, gastos de condominio/mantenimiento, gas, electricidad, combustible, LIHEAP, facturas de gastos médicos como: recetas, anteojos, transporte, visitas médicas, asistencia dental, dispositivos, de asistencia para la salud, internación, o seguro o primas de Medicare no cubiertas por el seguro o un tercero, teléfono, guardería infantil o para adultos, o mantenimiento a un menor que no vive con su grupo familiar por orden judicial? Incluya los gastos correspondientes a los padres de hijos menores solicitantes que viven en la casa y gastos del cónyuge del solicitante si vive en la casa.

SÍ NO En caso que sí, enumérelas a continuación:

Falta de reportar y/o verificar alguno de los gastos enumerados serán considerados como una declaración por el grupo familiar que no desean recibir una deducción por el gasto no reportado.

Tipo de gasto	Quién está obligado a pagar este gasto	¿En caso de tratarse de un gasto médico, ¿quién recibió la atención médica?	Cantidad Mensual	A quién se paga	Fecha de pago	¿Todavía se adeuda?	Solamente en caso de orden judicial de pago de pensión para mantenimiento de menores, indicar el nombre del menor a quien se paga el mantenimiento
						<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	

¿Cómo calefacciona o refrigera su hogar?

¿Alguien le ayuda a pagar los gastos? SÍ NO En caso que sí, quién?

Si usted paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos, diciendonos podría hacer que el costo del cobertura de salud baje un poco. Usted no debería incluir los costos ya considerado en su respuesta para obtener la cantidad neta de autoempleo. Marque todos los que corresponden, suministre la cantidad y la frecuencia en que lo paga.

- Pensión alimenticia pagada \$ ¿Frecuencia?
- Interés de préstamos estudiantiles \$ ¿Frecuencia?
- Otras deducciones, Tipo: ¿Frecuencia?

SECCIÓN H – LA COBERTURA DE SALUD DE SU FAMILIA: Responda las preguntas por cualquier persona que necesita cobertura de salud.

*¿Está registrada alguna persona para cobertura de salud de alguno de los siguientes? SÍ NO En caso que sí, escriba sus nombres junto a la cobertura que tienen.

Medicaid: _____
 Medicare: _____

Programas de salud VA: _____

Seguro de empleo: _____

Nombre del Seguro: _____

Nombre del asegurado: _____

No. de póliza: _____

¿Es esto cobertura COBRA? SÍ NO

¿Es esto un plan de salud para jubilados? SÍ NO

Florida KidCare: _____

TRICARE: _____
(no marque si usted tiene cuidado directo o Line of Duty)

Peace Corps: _____

Otro: _____

Nombre del seguro de salud: _____

Nombre del asegurado: _____

No. de póliza: _____

¿Es esto un plan de beneficios limitados (tal como póliza contra accidente escolar)? SÍ NO

*¿Ha cancelado alguien el seguro de salud para niños en los últimos dos meses por algunas de estas razones?

El costo del seguro médico de un niño solicitante es más de 5% del ingreso de su familia.

Violencia doméstica dió a la pérdida de cobertura por un niño solicitante.

Un padre perdió empleo que proporcionaba cobertura patrocinado por el empleo por un niño solicitante.

La cobertura no cobre las necesidades de cuidados médicos del niño solicitante.

El padre que recibía la cobertura médica por un niño solicitante ha fallecido.

El empleador proporcionando la cobertura del niño solicitante ha cancelado la cobertura.

La cobertura del niño solicitante ha terminado porque el niño ha alcanzado la cobertura límite de vida o un limite de beneficio anual.

Un niño solicitante tiene una condición médica que, sin cuidado médico causaría discapacidad severa, pérdida de funcionalidad, o muerte.

El padre del niño solicitante cancel cobertura e COBRA o la cobertura de COBRA alcanzó su límite legal.

Un padre no-custodio cancel la cobertura del niño solicitante.

USTED PODRÍA SER ELEGIBLE PARA TARIFAS DE TELÉFONO REDUCIDAS

Marque **SÍ** si desea que el DCF informe, a la compañía local de servicio telefónico, su nombre, SSN, número de teléfono, y el hecho de que usted recibe asistencia alimentaria, Asistencia Temporal en Efectivo o Medicaid para que pueda obtener una tarifa telefónica reducida por medio del Programa Lifeline. **SÍ** **NO**

SECCIÓN I – MIEMBRO FAMILIAR QUE ES INDIO NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA: Complete esta sección si usted o un miembro familiar es Indio norteamericano o nativo de Alaska.

Indios norteamericanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud Indígenas, programas de salud indígena o programas urbanos de salud indígena. También no tendrán que pagar costo compartido y pueden recibir periodos de registración especiales mensualmente. Responda la siguientes preguntas para asegurar que su familiar recibe la máxima asistencia posible. Si usted tiene más personas que incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

Nombre Primero, Segundo, Apellido	Miembro de una tribu federalmente reconocida	¿Ha recibido esta persona un servicio del Servicio de Salud Indígenas, programa de salud indígena, o programa urbanas de salud indígena o por medio de referencia de alguno estos programas?	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, nombre de la tribu:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, nombre de la tribu:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, nombre de la tribu:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso que sí, nombre de la tribu:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si no, ¿es esta persona elegible para recibir servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

*Es posible que cierto dinero recibido no sea contado para Medicaid o el Programa de Seguro Médico infantil (CHIP). Indique cualquier ingreso reportado en su solicitud que incluye dinero de estas fuentes:

¿Pagos per cápita de una tribu que provienen de un recurso natural, derechos de uso, arrendamientos, o derechos? **SÍ** **NO**
Si responde sí, quién? Cantidad: \$

¿Pagos que provienen de recursos naturales, agrícolas, ganadería, pesca, arrendamientos o derechos de terrenos del Departamento del Interior (incluyendo reservas o ex reservas)? **SÍ** **NO**
Si responde sí, quién? Cantidad: \$

¿Dinero ganado por medio de la venta que cosas que tienen significado cultural? **SÍ** **NO**
Si responde sí, quién? Cantidad: \$

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted puede darle permiso a una persona de confianza para que hable sobre esta solicitud con nosotros, vea su información, actúe en nombre suyo en asuntos relacionados a esta solicitud, incluyendo obteniendo información sobre su solicitud y firmando en nombre suyo. Esta persona es conocida como un "representante autorizado." Si usted es el representante designado legal para alguien en esta solicitud, suministre un comprobante con la solicitud. Al ingresar la información en la página 1, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

PARA CONSEJEROS, NAVEGADORES. AGENTES Y CORREDORES DE SOLICITUDES CERTIFICADOS SOLAMENTE: Complete esta sección si usted es un consejero, navegador, agente o corredor llenando esta solicitud por otra persona.

Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa): _____

Nombre: Primero, Segundo, Apellido: _____

Nombre de Organización y no. de identificación (si procede): _____

FIRMANDO LA SOLICITUD: Al firmar la solicitud, usted confirma y certifica que:

- *Ninguna persona solicitando seguro médico en esta solicitud está encarcelada.
- *La información suministrada en esta solicitud establece la identidad de niños menores de 16 años de edad.
- Usted ha leído y comprende sus derechos y responsabilidades.
- *Usted le está dando a la agencia de Medicaid derecho a buscar y obtener dinero de otros seguros médicos, solución jurídica, u otros terceros. Usted también le está dando el derecho a la agencia de Medicaid buscar y obtener apoyo médico de un conyuge o padre.
- *Usted entiende que esta información será utilizada para revisar su elegibilidad para ayudar pagar cobertura de salud si desea solicitarla. Nosotros revisaremos su respuesta utilizando información en nuestra base de datos electrónicos y base de datos del Servicios de Impuestos Internos (IRS), Seguro Social, Departamento de Seguridad Nacional, y/o una agencia reportera del consumidor.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE LA FLORIDA

Ninguna persona será excluida de la participación, ser negado de beneficios o sujeto a discriminación ilegítima por motivos de raza, color, religión origen nacional, sexo, o discapacidad bajo ningún programa o actividad recibiendo o beneficiando de asistencia financiera federal y administrada por el Departamento. Para presentar una queja alegando violaciones de esta póliza, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles, Office of Civil Rights, Florida Department of Children and Families, 1317 Winewood Boulevard, Tallahassee, Florida 32399-0700 o llame 1-850-487-1901, o TDD 1-850-922-9220.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DE USDA-HHS

Se le prohíbe a esta institución discriminar debido a la raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, por religión o creencias políticas. El Departamento de Agricultura de E.E.U.U. (USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas, represalias o venganzas por actividades de derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad realizado o financiado por la USDA. Las personas con discapacidades que requieren un medio de comunicación alterna para recibir información sobre el programa (por ej. Braille, en texto grande, en forma auditiva, lengua de signos americana, etc.), deberían contactar al Departamento de Niños y Familias, donde presentar su solicitud para beneficios. Los individuos que son sordos, tienen dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden contactar al USDA a través del servicio federal de relevo al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa podría estar disponible en otros idiomas distintos del inglés. Para presentar una queja contra el programa por razones de discriminación, complete un Formulario de queja por discriminación del programa de USDA ([USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)), (AD-3027), que se puede encontrar en línea entrando a: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de la USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y en la misma, provee toda la información que requiere el Formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario complete o 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. Para cualquier información adicional relacionado con el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP), las personas deben contactar al número directo de USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llamar a los Números directos/información estatal ([State Information/Hotline Numbers](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)) (haga clic en el enlace para obtener un listado de los números directos por estado); estos se pueden encontrar en línea entrando a: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. Para presentar una queja de discriminación en cuanto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidad.