Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

Apellido: _____

Nombre: _____ Inicial 2do Nombre____

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

Apellido de Soltera: _____

Dirección Actual: _____ Número de Apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Condado: _____

¿Está usted desamparado(a)? ☐ Sí ☐ No

Dirección Postal (si es diferente que la de arriba)_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Condado: _____

Núm. de Teléfono(s) Hogar: _____ Trabajo: _____ Otro: _____

Núm. de Teléfono durante el día: _____ Mejor hora para llamarle_____

**Al firmar aquí comenzará su solicitud.** Usted debe firmar la Página 18 antes de que le aprobemos algún beneficio.

Firma: _____ Fecha: _____

## Representante Aprobado

Al inscribirse para tener un representante autorizado significa que usted da permiso para que esta persona (1) firme su solicitud por usted, (2) para recibir información oficial sobre esta solicitud y (3) para representarle a usted en cualquier asunto de esta agencia.

¿Quiere usted nombrar a un representante aprobado? ☐ Sí ☐ No Si es sí, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Aprobado: _____ Dirección: _____

Núm. de Teléfono:_____ Nombre de la Organización: _____ Núm. de Ident. si aplica:_____

Firma del Solicitante: _____

## Instrucciones para persona(s) que solicitan Asistencia Económica (Dinero), Médica y/o SNAP

**Dinero - $ Asistencia Médica - ✚ SNAP - 🍴**

1. Por favor, en el formulario de solicitud escriba todas sus respuestas en letra de molde para que podamos leer y entender sus respuestas.
2. Usted tiene el derecho de registrar una solicitud inmediatamente mientras esta página esté completada con su nombre, dirección y firma (en la página 1). Cuando se registra el formulario firmado (en la página 1), empieza el periodo del proceso de la solicitud.
3. Lea las páginas 14 & 15 sobre información de sus derechos y responsabilidades para los Beneficios SNAP.
   Lea las páginas 16, 17 & 18 sobre información de sus derechos y responsabilidades para Asistencia Económica y Médica.
4. **Antes de obtener cualquier beneficio, usted debe firmar la página 18.**
5. Si está solicitando beneficios SNAP, se tomará la decisión sobre su elegibilidad dentro de los 30 días. Si se determina que usted es elegible, recibirá los beneficios SNAP desde la fecha en que se registró la solicitud.
6. Usted puede ser elegible para beneficios SNAP inmediatamente si:
   * sus ingresos brutos no exentos y bienes son menos que su pago de alquiler o renta mensual o hipoteca y el estándar apropiado de servicios públicos: o,
   * usted tiene $100 o menos en bienes y
     - su ingreso mensual bruto para el mes de la solicitud fue menos de $150; o
     - por lo menos una persona que solicita es un migrante que "no tiene dinero."
7. Usted puede completar este formulario en su hogar y enviarlo por correo o llevarlo a la oficina del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services - DHS), u otro miembro de su hogar, o un adulto que le conoce puede completar y enviarnos el formulario. Si otra persona completa este formulario por el hogar, debe contestar las preguntas relacionadas a las personas que solicitan, no por sí mismo. Usted tiene el derecho de escoger la oficina donde solicita. Cuando someta su solicitud a una oficina, será procesada por esa oficina.
8. Si usted quiere inscribirse para votar, complete la solicitud de Inscripción para Votantes en Illinois adjunta (SBE R-19) y entréguela a su oficina del DHS o Comisionado de la Junta de Elecciones local. Para ayudarle a completarla o para servicios de traducción, por favor comuníquese con su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad del DHS. También, puede llamar gratis a la Línea de Ayuda del DHS al1-800-843-6154 o 1-800-447-6404 (para TTY). Para información por Internet, vaya a www.dhs.state.il.us o www.elections.il.gov/. Completar la solicitud de Inscripción Para Votantes como parte de esta solicitud, es opcional. Inscribirse para votar es su opción y no afectará la cantidad de beneficios que usted recibe de esta agencia.

## Estatus de Ciudadanía / Inmigración

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

Si usted o alguna persona no solicita porque no desea proporcionar información sobre su estatus de inmigración, no tiene que darnos esa información. El no proveer la información de inmigración, no afectará procesar la solicitud de los otros miembros del hogar. Sin embargo, cualquier persona que solicita beneficios debe proveer la información referente a su estatus de inmigración.

**¿Son todas las personas ciudadanos de los Estados Unidos?** ☐ Sí ☐ No

Complete la siguiente información para cualquier persona que no sea ciudadano y está solicitando beneficios. Si necesita más espacio, añada otra hoja de papel.

| Nombre | Edad | Fecha de Entrada a los Estados Unidos | Número de Registro |
|---|---|---|---|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

Si hay personas que no están solicitando beneficios SNAP y / o beneficios económicos porque no desean proveer comprobantes de su estatus de inmigración, por favor escriba sus nombres a continuación. **Sólo le haremos preguntas sobre los ingresos y bienes de ellos.**

| Nombre (Apellido) (Nombre) (Inicial Segundo Nombre) | Nombre (Apellido) (Nombre) (Inicial Segundo Nombre) |
|---|---|
| 1. | 2. |
| 3 | 4. |

## Preguntas Generales Para Miembros del Hogar

1. ¿Es usted o alguien que vive con usted ciego(a)? ☐ Sí ☐ No ¿Está Discapacitado? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Recibe alguien en su hogar beneficios por Discapacidad del Seguro Social o por Jubilación del Ferrocarril? ☐ Sí ☐ No
   Si es sí, ¿quién es?: _____ ¿Cuál es su núm. de Seguro Social o reclamo de ferrocarril? _____
3. ¿Tiene alguien una condición de salud física, mental o emocional que limita las actividades comunes (como bañarse, vestirse, quehaceres diarios? ☐ Sí ☐ No
   Si es sí, ¿quién es?: _____
4. ¿ Vive alguien que solicita en un asilo, institución con apoyo de vivienda u otro centro o institución? ☐ Sí ☐ No
   Si es sí, ¿quién es?: _____ Nombre de la institución: _____
5. ¿Necesita ayuda alguien en su hogar para pagar facturas médicas en los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No
6. Alguien en su hogar de 18 años de edad o mayor, ¿ha estado en un hogar de crianza provisional (foster care)? ☐ Sí ☐ No
   Si es sí, nombre de la persona: _____
7. Alguien en su hogar de 18 años de edad o mayor, ¿es un estudiante de tiempo completo (universidad o escuela vocacional)? ☐ Sí ☐ No
   Si es sí, nombre de la persona: _____

## Idioma Que Prefiere

¿Habla inglés con fluidez el miembro adulto de su hogar que usualmente tramita su caso con DHS? ☐ Sí ☐ No

Si es no, por favor indique el idioma que prefiere: _____

¿Lee inglés con fluidez el miembro adulto de su hogar que usualmente recibe correspondencia o información escrita del DHS? ☐ Sí ☐ No

Si es no, por favor indique el idioma escrito que prefiere: _____

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

## Miembros del Hogar

**¿Cuántas personas viven con usted? (inclúyase usted)** _____

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

Complete la siguiente información para todos en el hogar. Incluya a las personas que viven con usted que no estén solicitando ayuda. Usted debe proporcionarnos el número de seguro social para cada persona que está solicitando beneficios. No tiene que proporcionarnos el número de una persona que no está solicitando beneficios, pero si lo hace, puede acelerar el proceso de solicitud.

| **Persona 1** | Marque la casilla del programa que esta persona solicita | | | | ☐ SNAP | ☐ Médico | ☐ Dinero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | I.S.N | Apellido | Sufijo | Nombre Previo, si tenía uno | | | Parentesco con usted **YO MISMO** |
| Número Seguro Social | Sexo ☐ M ☐ F | Fecha de Nacimiento | Estado Civil | ¿Está embarazada? Si es sí, fecha del parto | | ¿Cuántos bebés espera? | |

**Si usted está solicitando asistencia Médica conteste la pregunta 1.**

1. ¿Planea esta persona completar la Declaración Federal de Impuestos el próximo año? ☐ Sí ☐ No Si es sí, conteste pregunta 2-4
2. ¿Declara usted impuestos junto con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No Si es sí, nombre del cónyugue _____
3. ¿Tiene usted dependientes? ☐ Sí ☐ No Si es sí, anote nombres: _____
4. ¿Le reclaman a usted como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, escriba el nombre de la persona que reclama los impuestos: _____ ¿Cuál es el parentesco con el que declara impuestos? _____

**Las dos preguntas siguientes son opcionales. Contestar estas preguntas no afectará sus beneficios. Esta información es para asegurar que el programa de beneficios se distribuya sin distinción de raza, color u origen nacional.**

1. ¿Es usted hispano o latino? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuál es su raza o etnia? (Seleccione una o más)

☐ Indio Americano / Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hawaiano o Isleño del Pacifico ☐ Blanco

| **Persona 2** | Marque la casilla del programa que esta persona solicita | | | | ☐ SNAP | ☐ Médico | ☐ Dinero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | I.S.N | Apellido | Sufijo | Nombre Previo, si tenía uno | | | Parentesco con usted |
| Número Seguro Social | Sexo ☐ M ☐ F | Fecha de Nacimiento | Estado Civil | ¿Está embarazada? Si es sí, fecha del parto | | ¿Cuántos bebés espera? | |

**Si esta persona está solicitando asistencia Médica conteste la pregunta 1.**

1. ¿Planea esta persona completar la Delaración de Impuestos Federales el próximo año? ☐ Sí ☐ No Si es sí, conteste pregunta 2-4
2. ¿Declara esta persona los impuestos junto con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No Si es sí, nombre del esposo(a): _____
3. ¿Tiene esta persona dependientes? ☐ Sí ☐ No Si es sí, anote nombres: _____
4. ¿Reclaman a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, escriba el nombre de la persona que declara los impuestos: _____ ¿Cuál es el parentesco con el que declara impuestos? _____

**Las dos preguntas siguientes son opcionales. Contestar estas preguntas no afectará sus beneficios. Esta información es para asegurar que el programa de beneficios se distribuya sin distinción de raza, color u origen nacional.**

1. ¿Es esta persona hispana / latina? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuál es la raza de esta persona? (Seleccione una o más)

☐ Indio Americano / Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hawaiano o Isleño del Pacifico ☐ Blanco

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

## Miembros del Hogar (Continuación)

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

| **Persona 3** | Marque la casilla del programa que esta persona solicita | | | | ☐ SNAP | ☐ Médico | ☐ Dinero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | I.S.N | Apellido | | Sufijo | Nombre Previo, si tenía uno | | Parentesco con usted |
| Número Seguro Social | Sexo ☐ M ☐ F | Fecha de Nacimiento | Estado Civil | ¿Está embarazada? Si es sí, fecha del parto | | ¿Cuántos bebés espera? | |

**Si esta persona está solicitando asistencia Médica conteste la pregunta 1.**

1. ¿Planea esta persona completar la Delaración de Impuestos Federales el próximo año? ☐ Sí ☐ No Si es sí, conteste pregunta 2-4
2. ¿Declara esta persona los impuestos junto con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No Si es sí, nombre del esposo(a): _____
3. ¿Tiene esta persona dependientes? ☐ Sí ☐ No Si es sí, anote nombres: _____
4. ¿Reclaman a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, escriba el nombre de la persona que declara los impuestos: _____ ¿Cuál es el parentesco con el que declara impuestos? _____

**Las dos preguntas siguientes son opcionales. Contestar estas preguntas no afectará sus beneficios. Esta información es para asegurar que el programa de beneficios se distribuya sin distinción de raza, color u origen nacional.**

1. ¿Es esta persona hispana / latina? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuál es la raza de esta persona? (Seleccione una o más)

☐ Indio Americano / Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hawaiano o Isleño del Pacifico ☐ Blanco

| **Persona 4** | Marque la casilla del programa que esta persona solicita | | | | ☐ SNAP | ☐ Médico | ☐ Dinero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | I.S.N | Apellido | | Sufijo | Nombre Previo, si tenía uno | | Parentesco con usted |
| Número Seguro Social | Sexo ☐ M ☐ F | Fecha de Nacimiento | Estado Civil | ¿Está embarazada? Si es sí, fecha del parto | | ¿Cuántos bebés espera? | |

**Si esta persona está solicitando asistencia Médica conteste la pregunta 1.**

1. ¿Planea esta persona completar la Delaración de Impuestos Federales el próximo año? ☐ Sí ☐ No Si es sí, conteste pregunta 2-4
2. ¿Declara esta persona los impuestos junto con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No Si es sí, nombre del esposo(a): _____
3. ¿Tiene esta persona dependientes? ☐ Sí ☐ No Si es sí, anote nombres: _____
4. ¿Reclaman a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, escriba el nombre de la persona que declara los impuestos: _____ ¿Cuál es el parentesco con el que declara impuestos? _____

**Las dos preguntas siguientes son opcionales. Contestar estas preguntas no afectará sus beneficios. Esta información es para asegurar que el programa de beneficios se distribuya sin distinción de raza, color u origen nacional.**

1. ¿Es esta persona hispana / latina? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuál es la raza de esta persona? (Seleccione una o más)

☐ Indio Americano / Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hawaiano o Isleño del Pacifico ☐ Blanco

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

## Miembros del Hogar (Continuación)

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

| **Persona 5** | Marque la casilla del programa que esta persona solicita | | | | ☐ SNAP | ☐ Médico | ☐ Dinero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | I.S.N | Apellido | | Sufijo | Nombre Previo, si tenía uno | | Parentesco con usted |
| Número Seguro Social | Sexo ☐ M ☐ F | Fecha de Nacimiento | Estado Civil | ¿Está embarazada? Si es sí, fecha del parto | | ¿Cuántos bebés espera? | |

**Si esta persona está solicitando asistencia Médica conteste la pregunta 1.**

1. ¿Planea esta persona completar la Delaración de Impuestos Federales el próximo año? ☐ Sí ☐ No Si es sí, conteste pregunta 2-4
2. ¿Declara esta persona los impuestos junto con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No Si es sí, nombre del esposo(a): _____
3. ¿Tiene esta persona dependientes? ☐ Sí ☐ No Si es sí, anote nombres: _____
4. ¿Reclaman a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, escriba el nombre de la persona que declara los impuestos: _____ ¿Cuál es el parentesco con el que declara impuestos? _____

**Las dos preguntas siguientes son opcionales. Contestar estas preguntas no afectará sus beneficios. Esta información es para asegurar que el programa de beneficios se distribuya sin distinción de raza, color u origen nacional.**

1. ¿Es esta persona hispana / latina? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuál es la raza de esta persona? (Seleccione una o más)

☐ Indio Americano / Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hawaiano o Isleño del Pacifico ☐ Blanco

| **Persona 6** | Marque la casilla del programa que esta persona solicita | | | | ☐ SNAP | ☐ Médico | ☐ Dinero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | I.S.N | Apellido | | Sufijo | Nombre Previo, si tenía uno | | Parentesco con usted |
| Número Seguro Social | Sexo ☐ M ☐ F | Fecha de Nacimiento | Estado Civil | ¿Está embarazada? Si es sí, fecha del parto | | ¿Cuántos bebés espera? | |

**Si esta persona está solicitando asistencia Médica conteste la pregunta 1.**

1. ¿Planea esta persona completar la Delaración de Impuestos Federales el próximo año? ☐ Sí ☐ No Si es sí, conteste pregunta 2-4
2. ¿Declara esta persona los impuestos junto con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No Si es sí, nombre del esposo(a): _____
3. ¿Tiene esta persona dependientes? ☐ Sí ☐ No Si es sí, anote nombres: _____
4. ¿Reclaman a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, escriba el nombre de la persona que declara los impuestos: _____ ¿Cuál es el parentesco con el que declara impuestos? _____

**Las dos preguntas siguientes son opcionales. Contestar estas preguntas no afectará sus beneficios. Esta información es para asegurar que el programa de beneficios se distribuya sin distinción de raza, color u origen nacional.**

1. ¿Es esta persona hispana / latina? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuál es la raza de esta persona? (Seleccione una o más)

☐ Indio Americano / Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hawaiano o Isleño del Pacifico ☐ Blanco

**Si es necesario, indique los miembros adicionales del hogar en una hoja de papel adicional.**

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

**Si usted está solicitando beneficios SNAP complete esta página.**

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

¿Cuánto dinero tiene usted o los que viven con usted en efectivo, en cuentas de cheques y / o ahorros? $ _____

¿Cuál es el ingreso bruto mensual (ingreso de todas las fuentes sin descontar deducciones) que tiene usted y todos los que viven con usted? $ _____

¿Cuánto dinero ha recibido usted o los que viven con usted o esperan recibir de cualquier fuente en el mes de la solicitud?

$ _____ ¿Cuándo? _____ ¿Quién es?: _____ Origen: _____

## Costos de Vivienda

1. ¿Cuánto paga cada mes por alquiler de casa, renta o hipoteca? _____
   (Para hipoteca incluya impuestos y seguros de propiedad)
   ¿Comparte este gasto con alguien? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Recibió usted un pago para gastos de energía por $21 o más este mes o en alguno de los últimos 12 meses del Programa Asistencia Para Gastos de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), (en Chicago pagado por medio de CEDA)? ☐ Sí ☐ No

3. Si contestó No, ¿recibe facturas separadas del alquiler o renta o hipoteca para:
   **NOTA:** Aire acondicionado puede ser de ventana o una unidad de aire central.
   **A.** ¿Paga por calefacción o aire acondicionado separado de la renta o hipoteca? ☐ Sí ☐ No
   **B.** ¿Tiene costo excesivo por calefacción o aire acondicionado? ☐ Sí ☐ No
   **C.** ¿Paga o le ayuda a pagar alguien que no está en su unidad de beneficios SNAP, por el costo de su vivienda? ☐ Sí ☐ No
   **D.** ¿Paga o le ayuda a pagar alguien que no está en su unidad de beneficios SNAP, por servicios públicos? ☐ Sí ☐ No
   Si contestó sí, indique las facturas y cantidades que esa persona paga: _____

Por favor complete la siguiente información si usted contestó NO a la pregunta 2 ó 3 y no le facturan por calefacción o aire acondicionado junto con su pago de alquiler o renta o hipoteca:

| Gastos | Cantidad | Frecuencia de Pago | Cantidad Que Usted Debe | Cantidad Pagada Por Otros |
|---|---|---|---|---|
| Electricidad | | | | |
| Agua y / o Alcantarillado | | | | |
| Recogido de Basura | | | | |
| Gas Para Cocinar | | | | |
| Servicio Básico Teléfono (incluye teléfono celular) | | | | |
| Instalación / Mantenimiento de Tanque Séptico | | | | |
| Instalación / Mantenimiento de Pozo de Agua | | | | |
| Cuota por conectar los servicios públicos | | | | |
| Cuota fija por los servicios públicos | | | | |
| **Explique:** | | | | |

**Preguntas sobre Trabajadores Agrícolas o de Temporada**

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

¿Es este un hogar donde reciben SNAP y hay trabajadores agrícolas migrantes o de temporada? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, ¿terminó el ingreso de esa persona recientemente? ☐ Sí ☐ No Si es sí, indique fecha que terminó el ingreso? _____

¿Tiene el hogar bienes por $100 o menos Y **tiene el hogar un trabajador agrícola migrante o de temporada indigente (necesitado)**? ☐ Sí ☐ No

¿Espera recibir usted o alguien que vive con usted más de $26 en ingresos de una nueva fuente dentro de los próximos 10 días? ☐ Sí ☐ No

## Información

¿Ha recibido el solicitante principal beneficios SNAP en algún estado durante el mes de la solicitud? ☐ Sí ☐ No

¿Reside el solicitante en un albergue para violencia doméstica? ☐ Sí ☐ No

## Deducción Médica Para Personas Discapacitadas o Personas de 60 Años de Edad o Mayor

Si un miembro del hogar SNAP está discapacitado o tiene 60 años de edad o es mayor, su unidad SNAP puede que tenga derecho a una deducción Médica Estándar. Para obtener la deducción Médica Estándar, debe comprobar que usted paga de su bolsillo gastos médicos mensuales por $36 o más.
* Si usted no vive en un hogar de grupo la Deducción Médica Estándar es de $245.
* Si usted vive en un hogar de grupo la Deducción Médica Estándar es de $485.

¿Puede usted comprobar que paga $36 o más cada mes en gastos médicos? ☐ Sí ☐ No

Si cotestó sí y nos proporciona comprobante, le permitiremos la deducción médica estándar que aplica a su hogar. Si sus gastos médicos mensuales que paga son mayores de $245 / $485 y nos proporciona comprobante, permitiremos sus gastos médicos actuales.

## Entrevista de Solicitud - Asistencia Económica (Dinero) y Beneficios SNAP

**Por favor complete los siguientes:**

**Le entrevistaremos dentro de 14 días o inmediatamente, si usted califica para una entrevista rápida para beneficios SNAP.**

☐ Yo puedo ir a la oficina para una entrevista.

☐ Me deben entrevistar por teléfono debido a que: _____

☐ Yo estoy solicitando beneficios SNAP

- ☐ Y alguien en mi hogar tiene empleo
- ☐ Problemas de salud, transporte, el cuidado de un niño o adulto discapacitado, continua el mal tiempo o actividades educativas en conflicto con las horas de trabajo.

☐ Yo estoy solicitando asistencia económica (dinero)

- ☐ Horas de trabajo y actividades de educación en conflicto con las horas de oficina.
- ☐ Problemas de salud, transporte, el cuidado de niños o adulto discapacitado, continua el mal tiempo o actividades educativas en conflicto con las horas de trabajo.

Se pueden comunicar conmigo por teléfono de lunes - viernes entre 8:30 y 5:00 al: _____

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos
Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP)

## Ingresos - Beneficios - Gastos

¿Trabaja actualmente alguien en su casa? ☐ Sí ☐ No

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

Si es sí, complete lo siguiente:

**Nombre de la Persona:** _____ Empleador: _____
Dirección del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____
Número de horas que trabaja por semana: _____ Salario sin descontar impuestos (incluya propinas) $ _____
Frecuencia de Pagos: ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual

**Nombre de la Persona:** _____ Empleador:
Dirección del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____
Número de horas que trabaja por semana: _____ Salario sin descontar impuestos (incluya propinas) $ _____
Frecuencia de Pagos: ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual

¿Tiene negocio propio o trabaja por cuenta propia alguien en su hogar? ☐ Sí ☐ No Si es sí, nombre de la persona: _____

¿Qué tipo de trabajo hace? _____

¿Cuánto dinero ganará este mes, descuente los gastos del negocio? $ _____

Complete sólo si su ingreso cambia de mes a mes. Si usted no espera cambios, omita esta sección. ¿Cuál es el ingreso total por persona para este año? Si usted anticipa un cambio, ¿cuánto recibirá el próximo año?

Persona: _____ Ingresos totales de este año: $ _____ Ingresos totales del próximo año: $ _____
Persona: _____ Ingresos totales de este año: $ _____ Ingresos totales del próximo año: $ _____
Persona: _____ Ingresos totales de este año: $ _____ Ingresos totales del próximo año: $ _____

¿RECIBE alguien nombrado en este formulario dinero de alguna fuente que no sea de un empleo (tales como Seguro Social, beneficios educativos, manutención de niños, pensión al cónyuge, alquiler de una propiedad, beneficios de desempleo, pensiones, jubilación, fideicomisos)? ☐ Sí ☐ No

Si es sí, complete lo siguiente:

Nombre de la Persona: _____ Origen: _____ Cantidad Mensual $ _____
Nombre de la Persona: _____ Origen: _____ Cantidad Mensual $ _____
Nombre de la Persona: _____ Origen: _____ Cantidad Mensual $ _____

(Incluya hojas adicionales, si es necesario.)

Si este ingreso es de alquiler de propiedad, ¿es la persona que recibe el ingreso también el administrador de la propiedad? ☐ Sí ☐ No
En el último año, ¿ha cambiado de empleo alguien en su hogar, dejado de trabajar o trabaja menos horas? ☐ Sí ☐ No
Si es sí, nombre de la Persona: _____

¿Alguien en su hogar paga por alguno de los siguiente gastos?

Pensión al cónyugue: $ _____ Frecuencia ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual
Intereses de préstamos estudiantiles: $ _____ Frecuencia ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual
Guardería o cuidado de niños: $ _____ Frecuencia ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual
Pagos de Manutención de niños: $ _____ Frecuencia ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual

Otras deducciones (No incluya algún gasto que usted ya haya reportado)
Tipo de gasto: _____ $ _____ Frecuencia ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual

**Miembro de Familia que es Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)**

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

¿Es usted o alguien de su familia Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted o alguien en su hogar un miembro de una tribu reconocida federalmente? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, nombre de la tribu: _____

**Si contestó No, pase a la siguiente sección.**

## Servicios de Salud para Indios Nativos Americanos

Anote los miembros de familia que recibieron servicios por medio del Servicio de Salus Para Nativos Americanos, un programa de salud para tribus o un programa de salud para Nativos Americanos Urbanos. Si nadie recibió estos servicios, ¿califica alguien para recibirlos?

Escriba los nombres de las personas que recibieron servicios _____

Escriba los nombres de las personas que califican para servicios _____

## Ingreso Relacionado con la Tribu

El ingreso que usted indicó en la Página 7, ¿incluye dinero de lo siguiente: pagos de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos por uso, arrendamientos o regalías? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, indique la cantidad: $ _____

¿Incluye pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, la pesca, arrendamientos y regalías de terrenos designados como terrenos fiduciarios para Nativos Americanos por el Departamento del Interior (incluye reservaciones y pasadas reservaciones)? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, indique la cantidad: $ _____

¿Obtuvo dinero por la venta de artículos de valor cultural? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, indique la cantidad: $ _____

## Solicitantes Para beneficios SNAP y Asistencia Económica (Dinero):

¿Ha sido usted o alguna otra persona que solicita Dinero convicto de un delito grave por drogas en o después de 08/22/96? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, indique el nombre de la persona: _____

Si la condena por un delito relacionado con drogras NO fue Clase X o Clase I, ¿fue el delito hace más de 2 años o ha completado la persona un programa para abuso de sustancias o actualmente está en un programa para abuso de sustancias? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido declarado culpable alguna persona en un tribunal estatal o federal de adulterar una dirección para recibir asistencia en dos o más estados al mismo tiempo? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, ¿quién es? _____

¿Ha violado la libertad bajo palabra o condicional alguna persona? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, ¿quién es? _____

¿Es alguien prófugo de la ley, tiene una orden de arresto u orden para ir a la cárcel? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, ¿quién es? _____

## Seguro de Salud de su Familia

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

Complete esta página si está solicitando asistencia económica (dinero) o beneficios médicos.

¿Está alguien inscrito ahora en uno de los seguros de salud siguientes? Si contestó sí, marque el tipo de seguro y escriba el nombre de la persona al lado del seguro de salud que tienen.

- ☐ Medicaid _____
- ☐ CHIP _____
- ☐ Medicare _____
- ☐ Tricare (No si usted tiene Cuidado Directo o Servicio Activo) _____
- ☐ Programa Seguro de Salud para Veteranos _____
- ☐ Seguro de Salud de Peace Corps _____
- ☐ Seguro de Salud Por Medio del Trabajo _____

Nombre del Seguro _____

Número de Póliza _____

¿Es este un plan de salud para jubilados? ☐ Sí ☐ No

¿Es esta cobertura COBRA? ☐ Sí ☐ No

- ☐ Otro _____

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza escolar para accidentes)? ☐ Sí ☐ No

**¿Le han ofrecido a alguien indicado en esta solicitud seguro de salud de un empleo?** ☐ Sí ☐ No

Marque **Sí** aunque la cobertura sea del empleo de otra persona, tales como padres o cónyuge.

Si contestó **Sí**, complete Página 11.

Díganos sobre el empleo que ofrece la cobertura de seguro de salud:

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Número teléfono del Empleador: _____

Número de Identificación del Empleador (EIN): _____

¿A quién podemos contactar acerca del seguro de salud del empleado en este trabajo? _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Puede usted obtener seguro de salud ahora o en los próximos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, ¿cuándo?: _____

Indique el nombre de la persona que puede obtener seguro de salud de este trabajo:

_____

## Seguro de Salud Para su Familia

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

Complete esta página si está solicitando beneficios de dinero o médicos y si alguien incluido en esta solicitud le ofrecen seguro de salud por medio de un empleo.

¿Ofrece el empleador un plan de salud que paga por lo menos el 60% de los costos totales de los beneficios? (El estándar del valor mínimo del plan de seguro de salud) ☐ Sí ☐ No

SÓLO para el plan de valor mínimo de más bajo costo que se le ofrece al empleado (no incluya planes de familia):
¿Ofrece el empleador programas de bienestar de la salud? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, ¿qué prima pagaría el empleado si él o ella recibiera el descuento máximo por un programa para dejar de fumar? $ _____

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? $ _____

b. Frecuencia de Pagos ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Trimestral ☐ Anual

¿Qué cambios tendrá que hacer el empleador para el nuevo plan anual, si los sabe?

☐ El empleador no ofrece cobertura de salud.

☐ El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud para sus empleados.

☐ El empleador cambiará la prima del plan al valor mínimo del plan de menor costo disponible sólo para el empleado.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? $ _____

b. Frecuencia de Pagos ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Trimestral ☐ Anual

Usted debe contestar esta preguntas para los miembros del hogar de 19 años o menores
¿Perdió alguien el seguro de salud que tenía por medio de un empleo en los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, conteste las siguientes preguntas:

a. Nombre del miembro del hogar: _____

b. ¿Cuándo terminó el seguro? _____

c. Razón por la cual terminó el seguro: _____

## Preguntas Médicas Generales

¿Recibe servicios por medio del Programa Cuidado Comunitario del Departamento Para Personas de Edad Avanzada o ha solicitado alguien estos servicios? ◯ Sí o ◯ No

Si es sí, escriba el nombre de la persona: _____

¿Hay alguien solicitando que es veterano o esposa(o), hijo, viuda(o) o padres de un veterano? ◯ Sí o ◯ No

Si es sí, escriba el nombre de la persona y parentesco con el veterano: _____

## INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

**Complete sólo para las personas que son ciegas, tienen una discapacidad o tienen 65 años de edad o son mayores.** Si es casado(a) y vive con su cónyuge o esposo(a), también indique los recursos que el cónyuge posee. Si la respuesta es sí a cualquiera de las siguientes preguntas escriba los detalles a continuación. Adjunte comprobante. Añada una hoja adicional, si es necesario.

¿Tiene alguien alguna propiedad(es) tales como una casa, casa de vacaciones, tiempo compartido, edificio o terreno? ☐ Sí ☐ No

| Dueño | Dirección | Tipo | Valor | Cantidad que se Debe |
|---|---|---|---|---|
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |

¿Tiene alguien un automóvil, camión, motocicleta, barco, remolque u otro vehículo? ☐ Sí ☐ No

| Dueño | Tipo | Marca / Modelo / Año | Valor | Cantidad que se Debe |
|---|---|---|---|---|
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |

¿Tiene alguien seguro de vida? ☐ Sí ☐ No

| Dueño | Compañía de Seguro | Número de Póliza | Valor Nominal | Valor en Efectivo |
|---|---|---|---|---|
| | | | $ | $ |
| | | | $ | $ |

¿Tiene alguien una póliza de seguro en caso que la persona vaya a un asilo o institución? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, indique lo siguiente:

Número de Póliza: _____

Nombre de la Compañía: _____

¿Es alguien dueño de alguno de los siguientes recursos? Marque todo lo que aplica:

☐ Negocio ☐ Ahorros ☐ Cuentas de Cheques ☐ Inversiones, Bonos ☐ Bonos de Gobierno
☐ Herencia en Vida ☐ Planes Funeral/Entierro ☐ Cuenta Mercado Monetario ☐ Compensación Diferida ☐ Fondos Mutuales
☐ Anualidad ☐ Cuenta Para Asilo ☐ Fondos Fiduciarios ☐ Herencia ☐ Pagaré/Préstamo
☐ Lote de Entierro ☐ IRA/401 K ☐ Certificados de Depósito ☐ Hipoteca Revertida ☐ Derechos Mineral/Petroleo
☐ Otro Indique, si tiene otro: _____

| Dueño(s) | Tipo de Recurso | Número de Cuenta/Póliza | Valor | Nombre del Banco, Compañía, etc. |
|---|---|---|---|---|
| | | | $ | |
| | | | $ | |

¿Tiene usted recursos junto con otra persona? ☐ Sí ☐ No

(Recursos con otra persona son aquellos en los cuales el título contiene dos o más nombres; por ejemplo, a su nombre y en nombre de otras personas. Esto incluye recursos que pueden estar a nombre suyo y de su cónyuge, hijo(a), hermano(a), nieto(a), amigo(a), compañero, etc.)

| Recurso: | Valor: | Nombre y parentesco de la Otra Persona(s) que Tiene el Recurso: |
|---|---|---|
| Propiedad en Illinois: | $ | |
| Propiedad en otro estado: | $ | |
| Cuenta de Cheques / Ahorros: | $ | |
| Certificado de Depósito: | $ | |
| Inversiones / Fondos Mutuales: | $ | |
| Otro: | $ | |

## Empleo y Costos del Empleo

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

**Complete sólo para las personas que tienen un empleo y son ciegas, tienen una discapacidad o tienen 65 años de edad o más.** También, indique los gastos de empleo para el cónyuge o padre/madre de un niño menor de 18 años, si viven juntos.

**Nombre de la persona que tiene empleo:(1)** _____

Cantidad que le pagan sin descontar deducciones (ingreso bruto): $ _____

Frecuencia de pagos: ☐ Semanal ☐ Cada dos Semanas ☐ Cada dos Meses ☐ Mensual

Impuestos federales, estatales y municipales retenidos: $ _____ Impuestos retenidos del Seguro Social: $ _____

¿Compra o lleva almuerzo esta persona al trabajo? ☐ Compra Almuerzo ☐ Lleva Almuerzo

¿Compra esta persona uniformes o herramientas especiales? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, indique artículos comprados, frecuencia y costo. Adjunte comprobante. _____

¿Cómo va y viene esta persona al trabajo? ☐ Tiene vehículo ☐ Autobús ☐ Otro Si es otro, explique _____

Si esta persona usa su propio vehículo, ¿cuántas millas maneja de ida y vuelta al trabajo? _____

Si esta persona toma el autobús, ¿cuál es la tarifa de ida y vuelta al trabajo? $ _____

Si usa otro modo de transporte, indique el tipo y el costo. Adjunte comprobante. _____

¿Tiene esta persona que pagar cuotas de sindicato o unión, primas de seguros de vida de grupo, primas de seguro de salud o retención para plan de jubilación como una condición para el empleo? ☐ Sí ☐ No Cantidad mensual: $ _____

---

**Nombre de la persona que tiene empleo:(2)** _____

Cantidad que le pagan sin descontar deducciones (ingreso bruto): $ _____

Frecuencia de pagos: ☐ Semanal ☐ Cada dos Semanas ☐ Cada dos Meses ☐ Mensual

Impuestos federales, estatales y municipales retenidos: $ _____ Impuestos retenidos del Seguro Social: $ _____

¿Compra o lleva almuerzo esta persona al trabajo? ☐ Compra Almuerzo ☐ Lleva Almuerzo

¿Compra esta persona uniformes o herramientas especiales? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, indique artículos comprados, frecuencia y costo. Adjunte comprobante. _____

¿Cómo va y viene esta persona al trabajo? ☐ Tiene vehículo ☐ Autobús ☐ Otro Si es otro, explique _____

Si esta persona usa su propio vehículo, ¿cuántas millas maneja de ida y vuelta al trabajo? _____

Si esta persona toma el autobús, ¿cuál es la tarifa de ida y vuelta al trabajo? $ _____

Si usa otro modo de transporte, indique el tipo y el costo. Adjunte comprobante. _____

¿Tiene esta persona que pagar cuotas de sindicato o unión, primas de seguros de vida de grupo, primas de seguro de salud o retención para plan de jubilación como una condición para el empleo? ☐ Sí ☐ No Cantidad mensual: $ _____

## Beneficios SNAP - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

**Lea cuidadosamente antes de firmar esta solicitud en la página 18. Pídale al trabajador(a) de su caso que le explique lo que usted no entienda.**

Debido a que el programa SNAP requiere un Número de Seguro Social (SSN) para cada miembro de su familia que solicita beneficios del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP), le explicamos cómo el DHS utiliza su número de Seguro Social.

**¿Qué hace el DHS con su Número de Seguro Social?**

El SSN se usará en la administración del programa SNAP para comprobar la identidad de los miembros del hogar, evitar participación duplicada y para facilitar cambios masivos. Si usted o algún miembro de su hogar quiere solicitar beneficios SNAP, pero no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno. El SSN (y cualquier otra información en esta solicitud) será usado en la comparación de datos de informática y revisiones del programa o en auditorías y para asegurarse de que el hogar es elegible para los beneficios SNAP, otros programas de asistencia federal y los programas del estado que reciben asistencia federal, tales como el almuerzo escolar, TANF y Medicaid. Esto puede resultar en una acción penal o civil o reclamaciones administrativas contra las personas que fraudulentamente participan en el programa SNAP. No se requiere un número de Seguro Social para cada miembro de su familia que no es elegible para el programa SNAP o si no desea solicitar.

**¿Por qué pide el DHS su número de Seguro Social?**

DHS consigue y utiliza la información sobre todos los clientes por medio del sistema de verificación de ingresos y elegibilidad. Esto incluye información tales como los beneficios del seguro social, seguro de desempleo, ingresos no ganados y los salarios de empleo. Cuando la información no concuerda, podemos comunicarnos con terceros, tales como los empleadores, representantes de reclamos o instituciones financieras para verificar la información. Esta información puede afectar su elegibilidad para la asistencia y la cantidad de asistencia que recibe.

**Derecho de Apelar**

Puede solicitar una audiencia imparcial ya sea verbalmente o por escrito si hay un desacuerdo con cualquier acción tomada en este caso. El caso de la unidad de SNAP se puede presentar la audiencia por cualquier persona elegida por la unidad de SNAP.

**No Se Discrimina**

En conformidad con la ley Federal de Derechos Civiles y con las regulaciones del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA por sus siglas en inglés), y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS), se prohíbe que esta institución discrimine basándose en la raza, color, origen nacional, sexo, creencia religiosa, discapacidad, edad, creencia política, o represalia o venganza por anteriores actividades de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para información sobre el programa (por ejemplo; Braille, letras grandes, grabaciones, Lenguaje de Señas, etc.), deben comunicarse con la oficina de DHS en donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o tienen discapacidad del habla pueden comunicarse con USDA por medio del "Federal Relay Service" (Servicio Federal de Retransmisión) llamando al (800) 877-8339. Además, la información acerca de los programas puede estar disponible en otros idiomas.

Para registrar una queja por discriminación, complete el Formulario de Quejas por Discriminación de USDA (AD-3027) que está disponible por internet en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html , y en cualquier oficina de USDA, o escribiendo una carta a USDA incluyendo toda la información que se pide en el formulario. Para pedir una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta a USDA por:

(1) Correo a: U.S. Department of Agriculture
Office of Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410;

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico program.intake@usda.gov.

También puede escribir al Departamento de Servicios Humanos (DHS), a Departamento de Servicios Humanos, Oficina de Asuntos Civiles, 401 South Clinton St. 2nd. Floor, Chicago, Illinois, 60607 o llamar a la Línea de Ayuda de IDHS al 1-800-843-6154 o al (800) 447-6404 (TTY).

DHS, HHS y USDA son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

El Estado de Illinois provee acomodaciones razonables de acuerdo con la sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y del Acta para Americanos con Discapacidades de 1990.

## BENEFICIOS SNAP - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE continuación

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

**Declaración Sobre la Ciudadanía / Estatus de Extranjero**
Yo declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones que he hecho en relación a la ciudadanía o estado migratorio de cada persona que solicita asistencia son verdaderas y correctas. Yo entiendo que el estado legal de cada persona que solicita asistencia que no sea ciudadano de los Estados Unidos será verificado con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Esto requiere que se revele a USCIS cierta información de identificación que yo he provisto. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad para la asistencia y el nivel de los beneficios.

Yo entiendo que algunos documentos pueden ser necesarios para comprobar lo que he dicho. Yo estoy de acuerdo en hacer esto. Si los documentos no están disponibles, estoy de acuerdo en dar el nombre de la persona u organización que el FCRC puede contactar para obtener los comprobantes necesarios. **La información en este formulario está sujeta a verificación por Autoridades Federales, Estatales y Locales. Si la información resulta ser incorrecta, pueden negarme los beneficios SNAP y / o estar sujeto a un enjuiciamiento penal por proporcionar información falsa.**

Yo entiendo que si un cambio ocurre después de la entrevista de elegibilidad y antes del aviso de la decisión, se debe reportar dentro de los 10 días a menos que se le notifique de lo contrario. Si tengo dudas respecto a reportar un cambio, le preguntaré a trabajador(a) de mi caso de Servicios Humanos.

Yo entiendo que si aprueban mis beneficios SNAP y recibo más de lo que debo recibir, ya sea por error de mi parte o de la agencia, la cantidad de exceso de pagos o los beneficios que se pagó en exceso, están sujetos a recobro o reembolso.

| EN LA SOLICITUD | |
|---|---|
| **Usted Debe Reportar** | **Usted Debe Reportar y Verificar:** |
| Gastos por cuidado de niños | Gastos médicos |
| Pago de renta o hipoteca, impuestos de propiedad y seguro y gastos por servicios públicos | Manutención de niños pagada a un miembro que no sea de la Unidad de SNAP |

**El no informar o verificar los gastos anotados arriba, será visto como una declaración de su Unidad SNAP que usted no quiere recibir una deducción por los gastos no reportados.**

Los pagos de manutención de niños están sujetos a verificación por computadora con los registros de la División Servicios de Manutención de Niños.

Advertencia Sobre Penalidades - **¿Cuáles son las Sanciones / Penalidades del Programa SNAP?**

| Si usted..... | **Entonces usted perderá beneficios SNAP por** |
|---|---|
| * Oculta o da información falsa con el propósito de obtener beneficios SNAP<br>* Intercambia, roba o vende beneficios SNAP o revende alimentos comprados con beneficios SNAP<br>* Usa beneficios SNAP para comprar artículos que no son alimentos, como alcohol o tabaco.<br>* Usa beneficios SNAP de otra persona para uso personal o de alguien más.<br>* Desecha bebidas compradas con beneficios SNAP sólo para obtener dinero de un depósito de contenedores. | *** 12 meses la primera vez**<br>*** 24 meses la segunda vez**<br>*** Permanentemente la tercera vez** |
| Intercambia beneficios SNAP por sustancias controladas, tales como drogas. | *** 24 meses la primera vez**<br>*** Permanentemente la segunda vez** |
| Intercambia beneficios SNAP por armas de fuego, o explosivos. | *** Permanentemente** |
| Compra, vende, roba o intercambia beneficios SNAP por más de $500.00 | *** Permanentemente** |
| * Proporciona información falsa acerca de quién es usted y dónde vive para que pueda recibir beneficios SNAP adicionales. | *** 10 años** |

También, puede recibir una multa de hasta $250.000 y ser puesto en prisión hasta por 20 años o ambos. También, pueden enjuiciarlo bajo otras leyes federales. Las personas que son prófugos delincuentes o violan la libertad condicional no son elegibles para beneficios SNAP.

**Asistencia Económica / Asistencia Médica - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

**Lea cuidadosamente antes de firmar esta solicitud en la página 18. Pídale al trabajador(a) de su caso que le explique lo que usted no entienda.**

Para recibir los beneficios, una persona debe tener un número de Seguro Social válido (SSN) o un comprobante de que ha solicitado uno, a menos que esté exento. Si usted o algún miembro de su hogar quiere solicitar esta ayuda, pero no tiene un SSN, le podemos ayudar a solicitar uno. La ley estatal requiere que le expliquemos cómo el Estado de Illinois usa su número de Seguro Social.

✓ Su **Número de Seguro Social (SSN)** se usa en la administración del programa de dinero y / o médico para comprobar la identidad de los miembros del hogar, evitar la participación duplicada y facilitar cambios masivos en el programa de dinero y / o médico.

- El SSN será usado en la camparación de datos electrónicos y en la revisión de programas o auditorías y para asegurarse de que el hogar es elegible para asistencia, otros programas de asistencia federal, y programas del estado con fondos del gobierno federal, como los almuerzos escolares, TANF y Medicaid .
- DHS asegura y usa información acerca de todos los clientes por medio del sistema de verificación de ingresos y elegibilidad. Esto incluye información tales como los beneficios del seguro social, seguro de desempleo, ingresos no derivados del trabajo y salarios de empleo que recibe.
- Cualquier información obtenida se usará para determinar la elegibilidad para asistencia y la cantidad de la asistencia provista por todos los programas.
- Si se encuentran discrepancias, la verificación de esta información se puede obtener por medio de contactos con terceros, como los empleadores, representantes de reclamos, o instituciones financieras. Esta información puede afectar su elegibilidad para asistencia y la cantidad de la asistencia provista.
- DHS sólo usará su número de Seguro Social para el propósito que fue obtenido.
- DHS no: venderá, arrendará, prestará, intercambiará o alquilará su SSN a un tercero para ningún propósito; ni publicará ni mostrará su SSN en público, ni escribirá su número de SSN en ninguna tarjeta requerida para que usted pueda tener acceso a nuestros servicios, ni pedirle que transmita su número de Seguro Social por medio de Internet, a menos que la conexión sea segura o su SSN esté cifrado; ni imprimir su número de Seguro Social en ninguno de los materiales que se le envían a usted, a menos que la ley estatal o federal requiera que los documentos que se le envían a usted contengan el número de seguro social, o a menos que estemos verificando si su número de seguro social está correcto.

✓ Cuando se presenta una solicitud para asistencia económica (dinero) o médica, se hará una determinación de elegibilidad para todos los programas administrados por el DHS a menos que yo no quiera ser considerado para un programa(s) en particular. Si yo no quiero ser considerado para un programa en particular, el DHS no considerará mi elegibilidad para ese programa.

✓ La información proporcionada en este formulario estará sujeta a verificación por autoridades federales, estatales y funcionarios locales. Si alguna información es errónea, se me pueden negar beneficios de dinero y / o asistencia médica. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas mal usa la tarjeta médica expedida por el Estado de Illinois, pudiera estar cometiendo un delito.

✓ Toda la información relacionada con el establecimiento de la paternidad y el cumplimiento de manutención de niños ha sido proporcionada de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

✓ Si se aprueba mi solicitud, otorgo al Estado de Illinois el derecho de recuperar bajo los términos de cualquier cobertura de seguro de salud privada o pública cualquier cantidad que yo o algún miembro de mi familia pudiera ser elegible.

✓ También, autorizo al personal del DHS a obtener información de mis expedientes o copiar mis expedientes de la Administración del Seguro Social (SSA). Yo autorizo que se revelen mis expedientes del SSA al personal de DHS con respecto a reclamos para beneficios de discapacidad y apelaciones relacionadas. Certifico que entiendo que los materiales requeridos pudieran ser protegidos bajo la Ley de Privacidad. Yo autorizo la divulgación de cualquier material protegido por la Ley de Privacidad al personal de DHS.

**Asistencia Económica / Asistencia Médica - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE (continuación)**

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

- ✓ Entiendo que el Estado de Illinois revelará información sobre los servicios médicos que he recibido, por cualquier razón autorizada por la ley.
- ✓ Entiendo que si los niños para los que estoy solicitando, le aprueban All Kids Share o All Kids Premium, entonces seré responsable del pago de las primas y de las cuotas.
- ✓ Si me aprueban la asistencia económica TANF y / o beneficios médicos para mí y mis niños, y el Estado de Illinois paga facturas médicas por mí, yo doy mi derecho a recuperar los pagos de apoyo médico al Estado de Illinois. Entiendo que tengo que ayudar a obtener pagos de apoyo médico para los miembros de mi familia a menos que tenga una buena razón para no hacerlo. Mis niños pueden recibir seguro de salud incluso si no coopero cuando el Departamento me lo pida.
- ✓ Como una condición de elegibilidad, si me aprueban la asistencia económica TANF y / o asistencia médica para mi y mis niños, entiendo que puedo ser requerido a cooperar con el cumplimiento para manutención de niños.

    - Cooperar incluye el establecimiento de paternidad y / o cumplimiento de manutención y la modificación de las órdenes de manutención.
    - Yo asigno y doy todos mis derechos, título e intereses de manutención de niños y apoyo al Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias (HFS), siempre y cuando reciba Dinero de TANF / Asistencia Médica.
    - Yo entiendo y acepto que los pagos de manutención de niños pagados por medio del Secretaría del Tribunal de Distrito y por medio de la Unidad de Desembolsos del Estado (SDU) pueden ser enviados a HFS, siempre y cuando reciba Dinero TANF.
    - Yo entiendo que si solicito asistencia de dinero TANF y / o asistencia médica sólo para mis hijos, yo no estoy obligado a cooperar con la manutención de niños, pero puedo solicitar los servicios, si deseo.

- ✓ Yo declaro bajo pena de perjurio, que las declaraciones que he hecho con respecto a la ciudadanía o estatus migratorio de cada persona que solicita asistencia son verdaderas y correctas.
- ✓ Yo entiendo que el Departamento no compartirá ninguna información acerca de inmigración o de ninguna de las personas que no tengan un número de registro de extranjero.
- ✓ El Departamento verificará el estatus migratorio de cualquier persona en mi hogar de la cual yo presente un Número de Registro de Extranjero. Para hacer esto, el Departamento revisará el número con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. (USCIS). El Departamento puede enviar otra información a USCIS, tales como copias de los comprobantes que le doy de un número de registro de extranjero y número de Seguro Social de la persona, si lo tiene.
- ✓ Si soy aprobado para asistencia de económica (dinero) y / o médica del programa Asistencia para Personas de Edad Avanzada, Ciegas y Discapacitadas (AABD), yo entiendo que el DHS puede imponer derecho a retención o gravamen de mi hogar u otras propiedades que tenga. La cantidad de la retención es la cantidad de asistencia que el DHS me ha provisto.
- ✓ Yo estoy de acuerdo en informar a la agencia dentro de los 10 días de cualquier cambio en el tamaño de mi hogar, ingresos, propiedad, arreglos de vivienda, asistencia escolar o de dirección.
- ✓ Yo entiendo que si me aprueban los beneficios de dinero, y recibo más beneficios de los que tengo derecho, ya se trate de un error de mi parte, o un error de la agencia, la cantidad de beneficios pagados estarán sujetos a recuperación / recaudación.
- ✓ Yo entiendo que una persona declarada culpable de un delito Clase X o Clase I o de una ley federal comparable, por hechos que ocurrieron en o después del 08/22/96 que implica posesión, uso o distribución de una sustancia controlada, no es elegible para asistencia económica (dinero). Yo entiendo que una persona declarada culpable de un delito grave relacionado con drogas, que no sea delito Clase X o Clase I, bajo la ley de Illinois o cualquier ley federal comparable o un acto que ocurrió en o después del 08/22/96, no es elegible para asistencia económica (dinero) durante 2 años a partir de la fecha de la condena, a menos que estén en tratamiento para abuso de sustancias o en seguimiento, o participó con éxito y completó el tratamiento para drogas y / o el seguimiento posterior a su condena.

**Asistencia Económica / Asistencia Médica - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE (continuación)**

2aabfaa2-d3e7-47d2-8547-1ab9b3cfbd4c

- ✓ **Derecho de Apelación** Entiendo que si no estoy satisfecho con la acción tomada sobre mi solicitud tengo el derecho a una audiencia imparcial. Entiendo que puedo pedir una audiencia imparcial comunicándome con la oficina donde solicité o escribiendo a: 401 South Illinois Department of Human Services, Bureau of Assistance Hearings,Clinton Street, 6th Floor, Chicago, Illinois 60607, o llamando al 1-800-435-0774.
- ✓ Entiendo que si tengo la habilidad mental y física para solicitar y quiero que otra persona solicite beneficios de dinero y/o médicos de mi parte, tengo que incluir una declaración escrita que le da permiso a esa persona. La declaración debe incluir el nombre de la persona, dirección y número de teléfono. La declaración debe indicar que sigo siendo responsable de la información proporcionada por esa persona
- ✓ Entiendo que si yo o cualquier persona que ha solicitado no es elegible para Medicaid o All Kids, el Estado enviará la información de la solicitud al Mercado de Seguros de Salud. El Mercado de Seguro de Salud necesita información detallada sobre la cobertura de salud que mi empleador puede ofrecer incluso si yo no la acepto. La información que se pide en las páginas 10 y 11 puede ser necesaria si el estado envía mi solicitud al Mercado de Seguros de Salud.
- ✓ Entiendo que al firmar esta solicitud, doy mi consentimiento a cualquier investigación realizada por el Departamento para verificar o confirmar la información que he proporcionado o cualquier otra investigación realizada por ellos en relación con mi solicitud de asistencia pública. Yo entiendo que debo cooperar en estos esfuerzos para verificar la información.

## Firma del Solicitante

Yo entiendo que si he proporcionado información falsa o intencionalmente no he proporcionado información, puedo estar sujeto a un proceso judicial, civil o ambos. Yo certifico bajo penalidad de perjurio que la información que he provisto en este formulario de solicitud es verdadera y correcta de acuerdo lo mejor de mi conocimiento.

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado este formulario y todas las declaraciones o documentos mencionados con relación a los ingresos y recursos mios (el solicitante) o cualquier miembro de mi familia (la familia del solicitante) incluidos en esta solicitud para asistencia, o en relación a cualquier otro asunto que tenga repercusión sobre mi elegibilidad para asistencia (el solicitante) de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento, la información provista es verdadera, correcta y completa.

Firma del Solicitante: _____ Fecha _____

Firma del Cónyuge o Esposo(a): _____ Fecha _____

Firma: El Solicitante Marca (X)

☐ Si usted ha hecho una marca (x) en vez de firmar su nombre, un testigo debe firmar aquí:

Firma del testigo: _____ Fecha _____

Firma: El solicitante es Ciego(a)

☐ Solicitud basada en ser ciego debe ser atestada por dos testigos:

Firma del testigo: _____ Fecha _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

**FIRMA DEL REPRESENTANTE APROBADO:**

Si la solicitud es iniciada por otra persona a favor del cliente, esa persona debe firmar a continuación: Si el representante aprobado completa y firma la solicitud, se requiere una autorización por escrito por parte del solicitante.

Yo entiendo que si he proporcionado información falsa o intencionalmente no he proporcionado información, puedo estar sujeto a un proceso judicial, civil o ambos. Yo certifico bajo penalidad de perjurio que la información que he provisto en este formulario para solicitar es verdadera y correcta de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Representante Aprobado: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Número de Apto. _____

Número de Teléfono: _____

# SOLICITUD PARA INSCRIPCION DE VOTANTES DE ILLINOIS

Sugerida en Enero del 2014

SBE R-19

## SOLAMENTE PARA RESIDENTES DE ILLINOIS

### PARA VOTAR, USTED DEBERÁ:

Ser un ciudadano de los Estados Unidos
Tener por lo menos 18 años de edad
(Algunos de 17 años podrán votar en la Primaria General)
Vivir en su distrito electoral por lo menos 30 días
No estar preso a raíz de una convicción penal
No reclamar el derecho de votar en ningún otro lugar

### PARA VOTAR EN LA SIGUIENTE ELECCIÓN:

Envíe por correo o entregue esta aplicación a la Secretaría de su condado o los Comisionados de la Junta de Elecciones 28 días antes de la próxima elección. Presione aquí para los listados o revise www.elections.il.gov

### INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Si usted no tiene Licencia de Conducir, o una Identificación del Sec. del Estado o un número de seguro social, y enviara este formulario por correo, y nunca se ha registrado para votar en la jurisdicción en que ahora se está registrando, entonces usted deberá presentar con este formulario cualquiera de los siguientes documentos (i) una copia de identificación válida y vigente con fotografía, o (ii) una copia de un recibo de servicios públicos actual, estado de cuenta bancario, una cheque del gobierno, cheque de nomina u otro documento gubernamental que muestre el nombre y dirección del votante. Si no puede proporcionar la información anteriormente requerida, entonces se le requerirá proveerles a los oficiales electorales con cualquiera de las opciones (i) o (ii) que son las anteriores la primera vez que usted vote en el lugar de votación o cuando vote usando una boleta ausente.

Si ha cambiado de nombre, deberá registrarse nuevamente.
Si se registra en una agencia de servicio público, cualquier información referente a la agencia que le asistió se mantendrá confidencial, así como cualquier decisión de no registrarse.

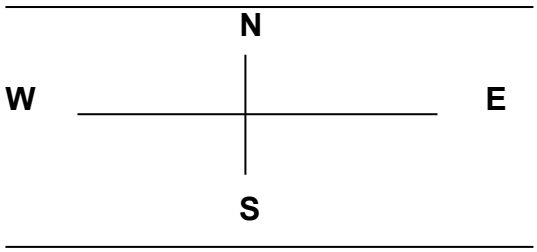
Si no recibe una notificación 2 semanas después de enviar por correo o entregar esta aplicación, llame a la Secretaría de su Condado o a los Comisionados de la Junta de Elecciones.

### PARA COMPLETAR ESTA FORMA:

Caja 1-Si no tiene un Segundo nombre, déjelo en blanco.
Caja 3-Si su dirección postal es igual que la de la caja 2, escriba "misma".
Caja 4-Si nunca se ha registrado antes, déjela en blanco. Si no recuerda su dirección anterior, proporcione tanta información como le sea posible.
Caja 5-Si su nombre no ha cambiado, déjela en blanco.
Caja 9-Si tiene una licencia de conducir de Illinois, marque la caja y escriba el número. Si no tiene una licencia de conducir, marque la caja apropiada y escriba ya sean los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o el Número de su Identificación de la Secretaría del Estado. Si no tiene un Numero de Seguro Social ,marque la tercera caja y mande una copia de la documentación apropiada (como esta detallada en la sección "Información Importante")
10-Lea, escriba la fecha y firme personalmente su nombre o haga su marca en la caja.

### SI NO TIENE UNA DIRECCIÓN,

describa su casa a continuación: escriba el nombre de la subdivisión; las calles que cruzan; caminos; puntos de referencia; millaje y/o nombres de los vecinos.




**Si tiene dudas acerca de cómo completar esta forma, por favor llame a la Junta de Elecciones del Estado al (217)782-4141, (312)814-6440 (o webmaster@elections.il.gov).**

## ESCRIBA CLARAMENTE CON TINTA NEGRA O AZUL

**¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos de América?** (marque una) **sí** ☐ **no** ☐
**¿Tendrá 18 años de edad el día de la elección o antes?** (marque una) **sí** ☐ **no** ☐
Si marcó "no" en respuesta a cualquiera de estas preguntas, entonces no complete esta forma.

**Para Uso Oficial**

**Usted puede utilizar esta forma para: (Marque uno)** ☐aplicar para registrarse como votante en Illinois ☐ Cambiar su dirección ☐ Cambiar su nombre

1. Apellido | Nombre | Segundo Nombre o Inicial | Sufijo (Marque uno) Jr. Sr. II III IV

2. Dirección donde vive (No. de Casa, Nombre de la Calle, No. de Apto.) | Ciudad/Aldea/Pueblo | Código Postal | Condado | Municipio

3. Dirección Postal (Apartado Postal) | Ciudad/Aldea/Pueblo | Código Postal

4. Dirección de Registro Anterior: (incluya Ciudad, Estado y Código Postal) | Condado Anterior

5. Nombre anterior: (si cambió)

6. Fecha de Nacimiento: MM/DD/AA

7. Sexo (Marque uno) M F

8. Teléfono en casa incluyendo el código de área (opcional) ( ) -

9. No. de Identificación – marque la casilla que aplique y proporcione el número apropiado
☐ Licencia de Conducir de IL, o si no, Identificación de la Sec. Del Estado o
☐ Últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social
☐ No tengo ningún número de identificación mencionados anteriormente.

10. Declaración Jurada del Votante – Lea las declaraciones siguientes y firme dentro de la caja a la derecha.

**Juro o Afirmo que:**
Soy un ciudadano de los Estado Unidos;
Tendré por lo menos 18 años antes de o el día de la próxima elección;
Habré vivido en el Estado de Illinois y en mi distrito electoral por lo menos 30 días antes de la fecha de la próxima elección;
La información que he proporcionado es verdadera hasta donde tengo conocimiento, bajo pena de perjurio. Si he proporcionado información falsa, entonces podría ser multado, encarcelado, o si no soy un ciudadano de los Estados Unidos, deportado, o se me puede negar la entrada a los Estados Unidos.

Esta es mi firma o marca en el espacio siguiente.

Fecha de hoy: _____/_____/_____

11. Si no puede firmar su nombre, pídale a la persona que le ayudó a llenar esta forma que escriba su nombre, dirección y número telefónico.
Nombre de la persona que le ayudó | Dirección Completa | No. Telefónico

SU DIRECCION

PONGA ESTAMPILLA DE PRIMERA CLASE AQUI

DIRIGIDO A:

CHANGE OF ADDRESS

| PCT | WARD | CODE | ADDRESS | CITY | ZIP | COUNTY | DATE | CLERK |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**SUSPENSION, CANCELLATION AND REINSTATEMENT**

| DATE | EXPLAIN | CLERK | DATE | EXPLAIN | CLERK |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| To Election Judges | Voting Record | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| For Primary, mark | Primary | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D for Democrat | General | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R for Republican | NonPartisan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| for all other elections markV | Special | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |