



SOLICITUD DE ASISTENCIA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
SFN 405 (mayo de 2025)

Instrucciones para la solicitud de asistencia

Esta solicitud puede presentarse para el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Medicaid, el Programa de Asistencia de Atención Básica (BCAP) o el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Para obtener más información, consulte la guía. También puede ver la guía y presentar una solicitud en línea aquí:

¿Qué debo hacer para obtener asistencia?

Siga estos pasos para solicitar asistencia:

Paso 1: complete esta solicitud.

Todos los solicitantes deben completar la Sección 1 y la Sección 7.

Según el programa que quiera solicitar, también tendrá que completar otras secciones:

- Para el CCAP, deberá completar la Sección 6.
- Para el SNAP, deberá completar la Sección 3 y la Sección 4.
- Para Medicaid (Programa de Ahorros de Medicare), deberá completar la Sección 2, la Sección 3 y la Sección 5. La información de las personas que soliciten Medicaid se enviará al Mercado de Seguros Médicos y se determinará si es elegible para recibir ayuda con el pago de un seguro médico privado.
 - Si algún miembro del grupo familiar es un indígena americano o nativo de Alaska, también deberá completar la Solicitud SFN 1620, Anexo B.
- Para el BCAP, deberá completar la Sección 3 y la Sección 5.
- Para el TANF, deberá completar la Sección 3, la Sección 4 y la Sección 5.

Responda todas las preguntas que pueda. Si necesita ayuda para completar la solicitud de asistencia, puede pedirle ayuda a un amigo, familiar u otra persona. La oficina local de la Zona de Servicios Humanos también puede ayudarlo a completar la solicitud de asistencia. Si necesita más espacio, puede agregar una hoja aparte.

Si no puede completar toda la solicitud hoy, entregue solo la Sección 1. **Si no termina de completar la Sección 1, tiene derecho a presentar una solicitud incompleta siempre que contenga el nombre del solicitante, su dirección y la firma del solicitante o del representante autorizado. Si es elegible, su asistencia comenzará a partir del día en que se reciba la Sección 1 o la solicitud incompleta.**

Complete y entregue el resto de la solicitud lo antes posible. Puede enviarla por correo o entregarla personalmente.

Paso 2: Devuelva su formulario firmado y fechado a la oficina local de la Zona de Servicios Humanos.

Envíelo por correo:

○ envíelo por FAX: (701)-328-1006

○ envíelo por correo electrónico:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al 1-866-614-6005; TTY: 711. Puede consultar las ubicaciones de las oficinas en las distintas Zonas de Servicios Humanos aquí:

Paso 3: hable con nosotros.

Cuando recibamos su solicitud para el SNAP o el TANF, programaremos una entrevista con usted. Para la solicitud del SNAP, se puede prescindir de una entrevista presencial y optar por una telefónica si existen motivos justificados por parte del grupo familiar. No se requiere tener una entrevista para solicitar Medicaid, el BCAP o el CCAP.

Fecha de la cita:	Hora de la cita:
-------------------	------------------

Si no pudo asistir a su cita y aún desea presentar la solicitud, comuníquese con la oficina de la Zona de Servicios Humanos para reprogramarla.

Para acelerar el procesamiento de su solicitud, también presente comprobantes de los siguientes elementos. También puede llevar los comprobantes a su entrevista. Si lo necesita, su asistente social puede ayudarle a obtener estos documentos.



Comprobante del estado migratorio o de ciudadanía, como por ejemplo (si quiere solicitar Medicaid, deberá presentar los documentos originales):

- tarjeta de Residente Permanente (Formulario I-551);
- certificado de nacimiento (si nació en los Estados Unidos);
- documento de Autorización de empleo (Formulario I-766);
- registro de entrada/salida (Formulario I-94);
- documento tribal de indígenas americanos/nativos de Alaska;
- pasaporte.

Se le pedirá información sobre el estado migratorio o de ciudadanía de todas las personas para las que quiere recibir asistencia. El Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) puede verificar esta información y cualquier dato que se reciba del USCIS puede afectar la elegibilidad del grupo familiar y el nivel de beneficios. **Para Medicaid, esta información será necesaria si no se puede verificar mediante nuestras fuentes electrónicas.**

Para el CCAP, Medicaid y el SNAP: cualquier persona que no quiera dar información sobre su estado migratorio o de ciudadanía no será elegible para recibir beneficios. Sin embargo, puede dar su información financiera para determinar la elegibilidad de otros miembros del grupo familiar que aún podrían recibir beneficios si son elegibles. No le compartiremos al USCIS información migratoria ni de ciudadanía que se relacione con personas no solicitantes.

Para el TANF: ningún miembro del grupo familiar será elegible para recibir beneficios si una persona que debe estar incluida en el grupo familiar del TANF no quiere dar información sobre su estado migratorio o de ciudadanía.



Comprobante del valor actual de los activos, como por ejemplo:

- | | |
|--|---|
| • anualidades | • seguros de vida |
| • cuentas comerciales | • bienes raíces (terrenos, propiedades en alquiler, etc.) |
| • certificados de depósito | • bonos de ahorro |
| • cuentas corrientes/de ahorros/de cooperativas de crédito | • acciones/bonos/fondos mutuos |
| • planes IRA/401K/KEOGH | • fideicomisos |

Si solo solicita la asistencia del CCAP o de Medicaid para familias con menores y con adultos sin discapacidades de entre 19 y 65 años, no es necesario que informe ni que presente registros de activos.



Comprobante de los gastos más recientes, como por ejemplo:

- atención de menores/personas dependientes;
- pagos ordenados por el tribunal (manutención infantil, pensión alimenticia, primas de seguros médicos u otros tipos de manutención);
- primas de seguros médicos o de salud (si solo solicita el SNAP, no necesita dar información sobre las personas del grupo familiar que sean menores de 60 años, salvo que tengan una discapacidad);
- gastos de servicios públicos/vivienda (si solicita el SNAP);
 - gastos de calefacción y refrigeración
 - seguro para propietarios de vivienda
 - pago de hipoteca
 - otras facturas de servicios públicos
- impuestos de propiedad
- alquiler (recibo, contrato de arrendamiento, contrato de asistencia de vivienda),
- factura telefónica

Si solo solicita la asistencia de Medicaid para familias con menores y con adultos sin discapacidades de entre 19 y 64 años, no es necesario que presente comprobantes de gastos.



Comprobante de los ingresos más recientes (del mes pasado y de este mes), como por ejemplo:

- | | |
|---|---|
| • bonificaciones | • ingresos de trabajo autónomo (copia más reciente de la declaración de impuestos federales); |
| • manutención infantil | • beneficios del Seguro Social; |
| • comisiones | • pensión alimenticia; |
| • ingresos por arrendamiento; | • ingreso suplementario del seguro social (SSI); |
| • dinero recibido de amigos, familiares u otras personas; | • beneficios por desempleo; |
| • sueldo (recibos de sueldo o declaración del empleador); | • beneficios de veteranos/militares; |
| • beneficios de pensión/jubilación; | • compensación laboral. |
| • ingresos por alquiler; | |

Para Medicaid, se solicitará alguno de estos comprobantes si la información no se puede verificar mediante nuestras fuentes electrónicas.



Comprobante de otro tipo de información, como por ejemplo:

- identidad (certificado de nacimiento, licencia de conducir, identificación laboral o escolar, documento tribal de indígenas americanos/nativos de Alaska o pasaporte [si quiere solicitar Medicaid, deberá presentar los documentos originales]);
- edad (certificado de nacimiento o licencia de conducir);
- residencia (recibos de alquiler, facturas de servicios públicos, contrato de arrendamiento);
- número de seguro social (tarjeta o comprobante de solicitud),
- verificación de embarazo (certificado médico o fecha prevista del parto).

Para Medicaid, se solicitará alguno de estos comprobantes si la información no se puede verificar mediante nuestras fuentes electrónicas. **Para saber cuándo podría comenzar a recibir asistencia, consulte la sección “Información general” de la guía. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina local de la Zona de Servicios Humanos.**



SOLICITUD DE ASISTENCIA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS SFN 405 (mayo de 2025)

Para uso exclusivo de la agencia

Número del caso	Fecha de solicitud
Fecha de recepción	Fecha de la entrevista
Individuo entrevistado	

Solicitud de asistencia: Sección 1

Marque la asistencia que quiere solicitar. Firme y coloque la fecha abajo. Si quiere obtener más información sobre estos programas y sobre la privacidad, consulte la guía. En ella encontrará información más detallada sobre las pautas de los programas y los servicios que se ofrecen. Si no recibió la guía, comuníquese con su oficina local de la Zona de Servicios Humanos.

- ☐ **PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TAN) (exclusivo para familias con menores):** solicítelo **SOLO SI** es una familia con ingresos limitados que tiene un menor privado del apoyo de uno de sus padres (por ausencia, discapacidad o fallecimiento) **Y SI** el niño es menor de 18 años. A estas familias se les ofrece asistencia financiera temporal para ayudarlas mientras buscan oportunidades de capacitación y empleo con el fin de ser autosuficientes.
- ☐ **PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL (CCAP):** ayuda a cubrir los gastos del cuidado infantil mientras la persona trabaja, asiste a la escuela secundaria, obtiene su diploma del Desarrollo Educativo General (General Educational Development, GED), cursa estudios superiores, se capacita o busca empleo.
- ☐ **PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP):** brinda beneficios alimentarios a familias de bajos ingresos para complementar su presupuesto de comestibles, de modo que puedan acceder a alimentos nutritivos esenciales para la salud y el bienestar. Puede recibir estos beneficios dentro de los 7 días posteriores a su solicitud si:
- los ingresos mensuales de su grupo familiar, sin impuestos incluidos, son de USD 150 o menos, siempre que sus activos líquidos no superen los USD 100; o
 - usted es un trabajador agrícola migrante o de temporada que se encuentra desamparado, siempre que sus activos líquidos no superen los USD 100, o
 - el alquiler/hipoteca y los servicios públicos de su grupo familiar son superiores al ingreso mensual del grupo familiar, sin impuestos incluidos.
- ☐ **Medicaid:** cubre servicios médicos o primas de seguros para personas elegibles.
- ☐ **Programa de Ahorros de Medicare:** asiste con la prima, el coseguro y los deducibles de la Parte B de Medicare.
- ☐ **PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN BÁSICA (BCAP) (exclusivo para residentes de centros autorizados de atención básica):** solicítelo **SOLO SI** vive en un centro autorizado de atención básica que cubra sus necesidades de salud y vida **Y SI** es mayor de 18 años, ciego, discapacitado o anciano. Este programa ayuda a pagar los costos de alojamiento y comestibles.

Cuéntenos sobre usted				
Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:
				Sufijo:
Dirección donde vive**:				Número de apartamento o unidad:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Indicaciones para llegar (si vive en zona rural)**:	
Dirección postal (si es diferente):				
Número de teléfono fijo:		Número laboral o exclusivo para mensajes:		Número de teléfono celular:
Si no habla inglés, ¿cuál es su idioma preferido para hablar o escribir?				

** Si solicita Medicaid e ingresa su dirección residencial y postal como "Entrega general", "Situación de calle" o la deja en blanco, su correspondencia se enviará a la oficina local de la Zona de Servicios Humanos. Deberá coordinar para recoger su correo en la oficina local de la Zona de Servicios Humanos semanalmente. Si no recoge su correspondencia por tres (3) semanas, su caso podría cerrarse por pérdida de contacto.

*** Esta información no es necesaria para Medicaid.

Firme y coloque la fecha de la solicitud aquí	
Firma del solicitante	Fecha
Otra firma (cónyuge, tutor u otro adulto responsable)	Fecha

Cuéntenos sobre las personas que viven en su casa

Marque las casillas que correspondan a todas las personas que viven en su casa, incluidas aquellas que estén fuera temporalmente (por trabajo, estudios, servicio militar, etc.)

☐ Usted

☐ Su esposo o esposa

☐ Sus hijos

☐ Otros adultos o menores que viven en su casa

Para cada persona marcada, complete la tabla de abajo. Estas personas forman su grupo familiar.

Si necesita más espacio, puede continuar en una hoja aparte.

En la tabla, se solicita información sobre la raza y el origen étnico de todas las personas para las que quiere recibir asistencia. Esta información es voluntaria y se usa para garantizar que los beneficios se brinden sin discriminación por raza, color o país de origen. Además, no afectará su elegibilidad ni el monto del beneficio.

También se solicita información sobre el sexo, el último nivel educativo completado y el estado civil de todas las personas para las que quiere recibir asistencia. Esta información es voluntaria.

Se le pedirá el número de seguro social (SSN) de todas las personas para las que quiere recibir asistencia, excepto para el CCAP. El SSN agiliza el proceso de solicitud, incluso si no está interesado en recibir Medicaid. Si necesita ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si solo quiere solicitar Medicaid de emergencia debido a su estado migratorio o de ciudadanía, no necesita dar información sobre su SSN. (Consulte la sección “Información general” de la Guía de solicitud de asistencia para obtener más información sobre el uso del SSN).

NOTA: Si solicita Medicaid, incluya a las personas que viven en su casa y también a aquellas que declara en su declaración de impuestos federales.

Miembros del grupo familiar (escriba el nombre legal)			Relación con usted	SSN	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Último nivel educativo completado*	Ciudadano de EE. UU. (sí o no)	Hispano o latino (sí o no)	Raza	Estado civil
Nombre	Segundo nombre	Apellido									Use los códigos de abajo	
			Usted									
Códigos de raza: AI: indígena americano/nativo de Alaska AP: asiático BL: negro/afroamericano MA: casado WI: viudo HP: nativo de Hawái/isleño del Pacífico WH: blanco Códigos de estado civil: DI: divorciado NM: nunca se casó SE: separado												

* El último nivel educativo completado no es necesario para solicitudes de Medicaid o del SNAP.

¿Está en situación de calle?**

☐ Sí ☐ No

Si algún miembro del grupo familiar está inscrito en una tribu indígena reconocida a nivel federal, indique los miembros inscritos, el nombre de la tribu y su número de registro tribal (obligatorio solo para personas mayores de 65 años o con discapacitadas).

Si solicita Medicaid, puede ser elegible para no pagar las tarifas de inscripción o los pagos de primas en ciertos programas de Medicaid.

Enumere otros nombres que hayan usado los miembros del grupo familiar (apellido de soltera, apellido de matrimonio anterior o apodos):

Enumere los miembros del grupo familiar que estén fuera de casa temporalmente:

¿Por qué están fuera?

Fecha prevista de regreso:

Enumere los miembros del grupo familiar que tengan alguna discapacidad:

Enumere a cualquier persona en el grupo familiar que esté o haya estado alguna vez en un hogar de acogida**.

Enumere a cualquier persona en el grupo familiar que sirva o haya servido en alguna rama del ejército**.

¿Algún miembro del grupo familiar recibe o ha recibido asistencia en otro estado (efectivo, alimentos, asistencia médica)?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿En qué ciudad, condado y estado?

Enumere los miembros del grupo familiar que sean huéspedes (que pagan a alguien por alimento)*:

* Esta información no es necesaria para Medicaid
** Esta información solo es necesaria para el SNAP

¿Algún miembro del grupo familiar ha recibido alimentos a través del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) el mes pasado o este mes?*	☐ Sí	☐ No
En caso afirmativo, ¿qué miembro? ¿A cuál tribu pertenece?*		
¿Usted o algún miembro del grupo familiar ha sido descalificado del FDPIR?*	☐ Sí	☐ No
En caso afirmativo, ¿qué miembro y qué tribu?*		

* Esta información no es necesaria para Medicaid

Cuéntenos sobre los estudiantes que viven en su casa

Enumere a cada miembro del grupo familiar mayor de 14 años que sea estudiante o que planee asistir a la escuela.

Nombre del estudiante	Nombre de la escuela	Estado del estudiante
		☐ Turno completo ☐ Medio turno
		☐ Turno completo ☐ Medio turno
		☐ Turno completo ☐ Medio turno

¿Le gustaría recibir notificaciones por mensaje de texto y correo electrónico?

Si decide recibir notificaciones por mensaje de texto o correo electrónico, usted acepta lo siguiente:

Cuando sea necesario revisar o presentar una solicitud completa para determinar la elegibilidad o la continuidad de los programas en los que está inscrito, se le enviará una notificación por mensaje de texto o correo electrónico al número de teléfono celular o la dirección de correo electrónico que ingrese.

Pueden aplicarse tarifas de mensajería por parte de su proveedor de telefonía móvil. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) no se responsabiliza por ninguno de estos cargos.

Usted es responsable de informar a su asistente social sobre cualquier cambio en su dirección de correo electrónico, proveedor de telefonía móvil o número de teléfono celular, así como si pierde su teléfono o se lo roban.

Es política del HHS no transmitir información confidencial por mensaje de texto ni por correo electrónico, ya que los correos electrónicos y los mensajes de texto sin cifrado NO son formas seguras de comunicación. Existe cierto riesgo de que cualquier información médica protegida (PHI) y otra información confidencial que esté en dichos mensajes sea redirigida, divulgada o interceptada por terceros no autorizados. Autorizo y acepto los riesgos de transmisión de PHI y otra información confidencial mediante correo electrónico o mensajes de texto sin cifrado.

¿Quiere recibir notificaciones por mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, indique el nombre de su proveedor de telefonía móvil:
¿Quiere recibir notificaciones por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, indique su dirección de correo electrónico:
Firma (no se enviarán notificaciones por texto o correo electrónico sin su firma)	Fecha

¿Necesita ayuda con el SNAP y Medicaid?

¿El banco de alimentos Great Plains Food Bank le ofreció información o asistencia para completar la solicitud del SNAP? ☐ Sí ☐ No

La Educación del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP-Ed) está disponible para los beneficiarios del SNAP a través del Programa de Nutrición Familiar de los Servicios de Extensión de la Universidad Estatal de Dakota del Norte (NDSU). Este programa ofrece recursos y oportunidades de aprendizaje para ayudar a los participantes a elegir alimentos saludables dentro de un presupuesto limitado y mantener un peso saludable. Para obtener más información, consulte .

Si está solicitando el SNAP o Medicaid, puede autorizar a una persona de confianza para hablar con nosotros sobre esta solicitud y acceder a su información. Esta persona puede actuar en su nombre en todos los asuntos relacionados con esta solicitud, incluidos dar y recibir información, firmar la solicitud y representarlo en futuras gestiones. A esta persona se le llama “representante autorizado”. Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con la oficina local de su Zona de Servicios Humanos.

Para el SNAP, esta persona puede dar información durante la entrevista y también puede recibir por usted la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT), lo que le da acceso a sus beneficios alimentarios. Los beneficios que use este representante no serán reemplazados. También tiene la opción de designar a un representante autorizado que pueda usar la tarjeta EBT para acceder por usted a los beneficios alimentarios sin recibir notificaciones sobre su caso del SNAP, incluida la solicitud. Los beneficios que use este representante no serán reemplazados.

Para Medicaid, si la persona a la que autoriza es un representante **legalmente** designado de alguien que figura en esta solicitud, debe presentar un comprobante junto con la solicitud.

Si quiere que alguien lo represente, complete la siguiente información:

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:
Dirección:			Número de apartamento o unidad:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono:

Al firmar, usted autoriza a esta persona a actuar como su “representante autorizado”.

Firma	Fecha
-------	-------

Si quiere autorizar a alguien únicamente para usar su tarjeta EBT sin recibir notificaciones, complete la siguiente información:

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:
Dirección:			Número de apartamento o unidad:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono:

Al firmar, usted autoriza a esta persona a actuar como su “representante autorizado” solo para usar su tarjeta EBT.

Firma	Fecha
-------	-------

Ayúdenos a determinar si puede recibir el SNAP dentro de siete días

De ser elegible, recibirá sus beneficios dentro de los 7 días posteriores a la presentación de su solicitud si responde “Sí” a cualquiera de las siguientes preguntas. De lo contrario, recibirá sus beneficios dentro de los 30 días posteriores a la presentación.

¿Es usted un trabajador agrícola migrante o de temporada con menos de USD 100 en activos líquidos?

☐ Sí☐ No

¿Cuál será el ingreso total ganado que recibirá su grupo familiar este mes sin impuestos incluidos (ingreso bruto)?

¿Cuál será el ingreso total no ganado u otro tipo de dinero que recibirá su grupo familiar este mes?

¿Alrededor de cuánto tiene su grupo familiar en activos líquidos actualmente? Esto incluye dinero en efectivo, cuentas corrientes o de ahorro, certificados de ahorro y pagos único, como devoluciones de impuestos, pagos retroactivos del Seguro Social o de asistencia pública, o reembolsos de depósitos de alquiler.

¿Cuánto paga su grupo familiar mensualmente por renta, alquiler de lote o hipoteca?

Marque todos los servicios públicos por los que su grupo familiar es responsable:

☐ Calefacción☐ Refrigeración☐ Electricidad☐ Teléfono☐ Agua☐ Alcantarillado☐ Recolección de basura

¿Alguien en su grupo familiar ha recibido asistencia de calefacción del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) en los últimos 12 meses?

☐ Sí☐ No

En caso afirmativo, indique su nombre:

¿Tiene una tarjeta EBT de Dakota del Norte



 para el SNAP?

☐ Sí☐ No

En caso afirmativo, quién:

¿Los miembros del grupo familiar compran y preparan sus comidas por separado?

☐ Sí☐ No

Fórmula de servicio acelerado (uso exclusivo de la agencia)

Es elegible para un servicio acelerado si:
Los ingresos contables son inferiores a USD 150 por mes
Esto incluye: salarios, manutención infantil, SSI, discapacidad, jubilación, beneficios de veteranos, desempleo, compensación laboral

Si no es elegible:

Mensual

Ingresos contables brutos

Serían menores que:

Alquiler/hipoteca	
Norma correspondiente a los servicios públicos	+
Costo total de alojamiento	=

Un gasto elevado de vivienda y servicios (HLSU):

- Calefacción
- Refrigeración
- LIHEAP

Dos gastos estándares de servicios públicos (LUSA):

- Agua
- Electricidad
- Alcantarillado
- Teléfono
- Recolección de basura

Un gasto mínimo de servicios públicos (MU):

- Agua
- Recolección de basura
- Alcantarillado
- Electricidad

Solo teléfono (TL)

¿Se completó la evaluación para el servicio acelerado?

☐ Sí☐ No

¿El grupo familiar es elegible para el servicio acelerado?

☐ Sí☐ No

¿Se verificó la identidad del solicitante?

☐ Sí☐ No

Iniciales del trabajador:

Para uso

Número del caso

Fecha de solicitud

Cuéntenos sobre los ingresos o el dinero que recibe su grupo familiar

Trabajo independiente

¿Algún miembro del grupo familiar trabaja de forma independiente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, responda lo siguiente:

¿Cuál será el ingreso neto (ganancias una vez deducidos los gastos del negocio) que obtendrá este mes por ese trabajo?

Nombre de los miembros del grupo familiar:	Nombre de la empresa:
Tipo de negocio:	Fecha de inicio del negocio:

Empleado

¿Algún miembro del grupo familiar es empleado? ☐ Sí ☐ No

¿Algún miembro del grupo familiar trabaja en un programa de cuidado infantil con licencia de Dakota del Norte? (solo para CCAP)

☐ Sí, responda lo siguiente: ☐ No

Miembro del grupo familiar que tiene este ingreso:	Fecha de inicio del empleo:	Nombre del empleador:
--	-----------------------------	-----------------------

Si usted o algún miembro del grupo familiar está empleado, incluya información sobre los ingresos laborales, como sueldos, comisiones, bonificaciones e incentivos de todos los miembros del grupo familiar, incluidos los menores. Si el empleo terminó el mes pasado o este mes, incluya también los ingresos recibidos este mes.

Miembro del grupo familiar	Empleador	Horas trabajadas por semana	Pago por hora	Pago de este mes, sin impuestos incluidos (bruto)	Pago del próximo mes, sin impuestos incluidos (bruto)	Propinas	Fecha del próximo pago	Frecuencia de pago	Día o fechas del pago
								Use los códigos de abajo	

Códigos de frecuencia del pago

M: mensual 2X: dos veces al mes W: semanal EX: cada dos semanas Otro, especifique: _____

Códigos del día de pago:

M: lunes T: martes W: miércoles TH: jueves F: viernes S: sábado SU: domingo

¿Algún miembro del grupo familiar ha recibido comisiones, bonificaciones o incentivos durante el último año que no estén incluidos arriba?

☐ Sí, responda lo siguiente: ☐ No

Nombre del miembro del grupo familiar:	Fecha de recepción:	Cantidad recibida:
--	---------------------	--------------------

Ingresos no ganados u otro tipo de dinero recibido

A continuación, encontrará una lista de diferentes tipos de ingresos no ganados. Si algún miembro del grupo familiar ha recibido este tipo de ingreso o dinero, marque “Sí”. De lo contrario, marque “No”.

☐ Sí ☐ No

Beneficio durante una huelga

☐ Sí ☐ No

Asistencia general de la Oficina de Asuntos Indígenas (BIA) o tribal**

☐ Sí ☐ No

Premios de bingo o juegos de azar

☐ Sí ☐ No

Manutención de menores** o pensión alimenticia

☐ Sí ☐ No

Ingresos por venta o alquiler mediante contrato

☐ Sí ☐ No

Pagos por acogida temporal o adopción subsidiada

☐ Sí ☐ No

Ingresos del Programa de Reservas para la Conservación (CRP)

☐ Sí ☐ No

Ingresos provenientes de tribus

☐ Sí ☐ No

Ingresos por inquilinos/huéspedes

☐ Sí ☐ No

Dinero indígena individual (IIM)*

☐ Sí ☐ No

Acuerdo de seguro o demanda judicial**

☐ Sí ☐ No

Ingresos por intereses o dividendos

☐ Sí ☐ No

Dinero depositado en una cuenta bancaria por una persona fuera del grupo familiar**

☐ Sí ☐ No

Dinero recibido de amigos, familiares u otras personas**

☐ Sí ☐ No

Herencia**

☐ Sí ☐ No

Derechos/regalías de petróleo o minerales

☐ Sí ☐ No

Beneficios de pensión o jubilación

☐ Sí ☐ No

Beneficios ferroviarios

☐ Sí ☐ No

Asistencia para refugiados**

☐ Sí ☐ No

Beneficios del Seguro Social

☐ Sí ☐ No

Ingresos del SSI**

☐ Sí ☐ No

Asistencia del TANF**

☐ Sí ☐ No

Beneficios por desempleo

☐ Sí ☐ No

Beneficios de veteranos o militares**

☐ Sí ☐ No

Compensación laboral**

Otro, especifique: _____

* La información del IIM no es necesaria para Medicaid.

** Esta información no es necesaria para Medicaid, salvo para personas mayores de 65 años o discapacitadas.

Para cada ingreso o dinero marcado como “Sí”, complete la siguiente información:

Tipo de ingreso no ganado o dinero recibido	Miembro del grupo familiar	Frecuencia con que se recibe	Cantidad de este mes	Cantidad del próximo mes

¿Alguien fuera de su grupo familiar deposita dinero en la cuenta bancaria de algún miembro del grupo familiar?**
☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique:

** Esta información no es necesaria para Medicaid, salvo para personas mayores de 65 años o discapacitadas.

¿Algún miembro del grupo familiar ha solicitado beneficios que aún no recibe (por ejemplo, Seguro Social, SSI compensación laboral, compensación por desempleo, beneficios de veteranos/militares, etc.) ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique:

Cuéntenos sobre gastos por orden judicial*

¿Algún miembro del grupo familiar debe pagar manutención infantil, pensión alimenticia, seguro médico u otro tipo de manutención por orden judicial? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién?

¿A quién van dirigidos los pagos?

Cantidad ordenada por el tribunal:

Cantidad pagada:

* Esta información no es necesaria para Medicaid.

Cuéntenos si tiene gastos de cuidado infantil**

¿Su grupo familiar tendrá gastos de cuidado infantil este mes? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique el motivo:
☐ Empleo ☐ Educación secundaria/GED ☐ Educación o capacitación ☐ Búsqueda de empleo ☐ Otro: _____

Cantidad:

¿Alguien le ayuda a pagar estos gastos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que ayuda a pagar el cuidado infantil:

Cantidad que paga:

Nombre de la persona a quien se le paga:

¿Espera que los gastos de cuidado infantil de este mes sean los mismos que los del mes pasado? ☐ Sí ☐ No En caso negativo, explique:

** Esta información no es necesaria para Medicaid.

Solicitud de asistencia: Sección 2

Complete la Sección 2 si quiere solicitar:

• Medicaid

Nombre:

Cuéntenos sobre su grupo familiar		
Si no quiere solicitar Medicaid para todos los miembros del grupo familiar enumerados en la página 2, indique aquí los miembros para los que NO desea cobertura médica:		
¿Alguno de los solicitantes de Medicaid estuvo en un hogar de acogida siendo mayor de 18 años? ☐ Sí ☐ No		
En caso afirmativo, ¿quién?	¿Cuándo?	¿En qué estado?
¿Es usted ciudadano o persona nacional de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No	¿Es usted ciudadano naturalizado o derivado? (Esto significa que usted nació fuera de los EE. UU.) ☐ Sí. En caso afirmativo, complete “a” y “b” ☐ NO. En caso negativo, continúe con la pregunta “c”	
a. Número de extranjero:	b. Número de certificado:	Después de completar “a” y “b”, PASE a la pregunta “d”.
c. Si usted no es ciudadano ni persona nacional de los EE. UU., ¿tiene un estado migratorio elegible? ☐ Sí. Ingrese el tipo de documento y el número de identificación. Vea las instrucciones.		
Tipo de documento migratorio:	Estado (opcional):	Su nombre, tal como figura en el documento migratorio:
Número de extranjero o I-94:	Número de tarjeta o número de pasaporte:	
ID de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional):	Otro (código de categoría o país de emisión):	
Para cualquier solicitante que no sea ciudadano ni persona nacional de los EE. UU., ¿ha vivido en los EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No, fecha de ingreso a los EE. UU.:		
d. ¿Vive con al menos una persona menor de 19 años y es usted la persona principal a cargo de este menor? ☐ Sí ☐ No		
En caso afirmativo, indique el nombre de los menores:		

Cuéntenos sobre la declaración de impuestos federales de su grupo familiar	
¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año? ☐ Sí ☐ No	
Si planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año, ¿lo hará en forma conjunta con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, indique el nombre del cónyuge:
Si planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año, ¿reclamará dependientes en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No	
En caso afirmativo, indique el nombre de los dependientes que reclamará:	
Si planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año, ¿alguno de los dependientes presentará su propia declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, ¿quién?
Si NO planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año, ¿otra persona lo declarará como dependiente en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No	
En caso afirmativo, indique el nombre del declarante de impuestos:	Relación con el declarante de impuestos:

Cuéntenos sobre las deducciones reclamadas en su declaración de impuestos federales

Informarnos de ciertas deducciones permitidas en la declaración de impuestos federales podría ayudar a reducir el gasto del seguro médico. Marque las deducciones de ingresos que reclamó en su declaración de impuestos federales:

☐ **Pensión alimenticia** (Nota: Válido solo para divorcios finalizados

☐ antes del 01/01/19) Intereses de préstamos estudiantiles

☐ Matrícula y cuotas deducibles de impuestos

☐ Otras deducciones no incluidas previamente en el ingreso neto de trabajo independiente (ganancias una vez deducidos los gastos del negocio) en la página 9. Si marca esto, explique:

Uso de información tributaria durante la renovación

Renovación de la cobertura: con el objetivo de facilitar la determinación de mi elegibilidad para que me ayuden a pagar la cobertura de salud en los próximos años, autorizo a la Zona de Servicios Humanos o la oficina estatal a usar la información de mis ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. La Zona de Servicios Humanos o la oficina estatal me enviará una notificación, me permitirá hacer cualquier cambio y podré optar por no participar en cualquier momento.

Cuéntenos sobre sus facturas médicas

Medicaid puede ayudar a pagar facturas médicas, incluidos medicamentos con receta, de hasta tres meses anteriores al mes de su solicitud. ¿Necesita ayuda para pagar alguna de estas facturas?

☐ Sí ☐ No

Para reducir sus gastos, Medicaid puede permitir algunas facturas médicas impagas con más de tres meses de antigüedad. ¿Algún miembro del grupo familiar tiene facturas médicas impagas con más de tres meses de antigüedad?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique:

Cuéntenos sobre su cobertura médica

¿Algún miembro del grupo familiar está inscrito en alguno de los siguientes tipos de cobertura médica?*

☐ Medicaid - ¿Quién?:

☐ Medicare - ¿Quién?:

☐ Cuerpo de Paz - ¿Quién?:

☐ TRICARE (no lo marque si solo recibe atención directa o está en servicio activo) - ¿Quién?:

☐ Programa de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) - ¿Quién?:

¿El empleador de algún miembro del grupo familiar ofrece seguro médico?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, complete el formulario “Cobertura médica del trabajo” (SFN 1618) incluido en el paquete de solicitud.

* Adjunte una copia del frente y dorso de la tarjeta del seguro. * Esta información solo es necesaria para personas mayores de 65 años o discapacitadas.

Cuéntenos si recibe ayuda para cubrir gastos médicos			
¿Alguien le ayuda a pagar sus gastos médicos?		☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique:	
¿Algún miembro del grupo familiar tiene problemas médicos debido a un accidente? ☐ Sí ☐ No			
¿Algún miembro del grupo familiar necesita servicios de enfermería especializada?		En caso afirmativo, ¿cuándo comenzaron/comenzarán a recibir estos servicios?	
☐ Sí ☐ No			
Si estos servicios se brindan en un centro, indique su nombre y dirección:			
Nombre del centro:			
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:
¿Algún miembro del grupo familiar tiene un proceso legal pendiente del cual podría recibir dinero o beneficios médicos (incluyendo la herencia)?** ☐ Sí ☐ No			

** Esta información no es necesaria a menos que la persona sea mayor de 65 años o esté discapacitada.

Poder notarial o contacto familiar			
Nombre:		Relación:	
Dirección postal para el envío de notificaciones:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Número de teléfono fijo:		Número laboral o exclusivo para mensajes:	Número de teléfono celular:
☐ Poder notarial ☐ Persona de contacto familiar			

Uso exclusivo para orientadores, navegadores o agentes de solicitudes			
Complete esta sección si es un orientador, navegador o agente certificado que completa esta solicitud en nombre de otra persona.			
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:
Nombre de la organización:		Número de identificación (si corresponde):	Fecha de inicio de la solicitud:

- El Programa de Asistencia de Atención Básica (BCAP)
- Medicaid
- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- El Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

[illegible]

Cuéntenos sobre los activos de su grupo familiar (continuación)

Otros activos

Marque "Sí" si algún miembro del grupo familiar es propietario, copropietario o está financiando alguno de los siguientes activos. De lo contrario, marque "No".

☐ Sí ☐ No	Anualidades**	☐ Sí ☐ No	Cuentas de IIM*
☐ Sí ☐ No	Activos en copropiedad con otra persona	☐ Sí ☐ No	Herencia
☐ Sí ☐ No	Parcelas funerarias	☐ Sí ☐ No	Patrimonio vitalicio/contrato vitalicio
☐ Sí ☐ No	Elementos para espacios funerarios (ataúd, lápida, etc.)	☐ Sí ☐ No	Derechos de minerales (petróleo, gas, carbón, etc.)
☐ Sí ☐ No	Cuentas comerciales	☐ Sí ☐ No	Cuentas del mercado monetario
☐ Sí ☐ No	Dinero en efectivo	☐ Sí ☐ No	Pagarés o contratos de compraventa
☐ Sí ☐ No	Certificados de depósito	☐ Sí ☐ No	Planes funerarios prepagos
☐ Sí ☐ No	Cuentas corrientes o de cooperativas de crédito	☐ Sí ☐ No	Bienes inmuebles (terrenos, propiedades en alquiler, etc.)
☐ Sí ☐ No	Cuenta de tarjeta de débito (no corriente ni de ahorros)	☐ Sí ☐ No	Fondos de jubilación (IRA/KEOGH/401K)
☐ Sí ☐ No	Maquinaria agrícola, ganado, grano almacenado	☐ Sí ☐ No	Bonos de ahorro
☐ Sí ☐ No	Casa o casa móvil (no ocupada por el propietario)	☐ Sí ☐ No	Cuentas de ahorro o cooperativas de crédito
☐ Sí ☐ No	Casa o casa móvil (ocupada por el propietario)	☐ Sí ☐ No	Fideicomisos
☐ Sí ☐ No	Herramientas o equipos que generan ingresos	Otro, especifique:	

* La información del IIM no es necesaria para Medicaid.
** De acuerdo con el título 42 del Código de los Estados Unidos, sección 1396p(e), como condición para la prestación de asistencia médica para servicios de atención a largo plazo, el solicitante debe declarar cualquier interés que él o su cónyuge tenga en una anualidad. El Estado se convierte en beneficiario residual de dicha anualidad como condición para la prestación de asistencia médica.

Para cada ingreso o dinero marcado como "Sí", complete la siguiente información:

Tipo de activo	Ubicación/Descripción	Valor total	Cantidad adeudada	Propietarios

Enumere los miembros del grupo familiar que hayan hecho arreglos o hayan entregado dinero, propiedades o seguros a otra persona para cubrir gastos funerarios:

Explique:

¿Espera cambios en los activos el próximo mes? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique:

Transferencia de activos

¿Algún miembro del grupo familiar ha vendido, donado o transferido algo de valor en los últimos...

...3 meses? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, enumere:	Fecha:
...5 años? (no aplica a SNAP) ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, enumere:	Fecha:

¿Alguno de los activos está sujeto a una transferencia en caso de fallecimiento? (No aplica al SNAP) ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa la propiedad y su valor aproximado:

Solicitud de asistencia: Sección 4

Complete la Sección 4 si quiere solicitar:

- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- El Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Cuéntenos el valor de sus gastos de vivienda

Marque “Sí” para cada gasto que tengan los miembros del grupo familiar en cualquier momento del año. Si no tiene ese gasto, marque “No”.

- ☐ Sí ☐ No

Aire acondicionado o sistema central de aire
- ☐ Sí ☐ No

Cuotas de condominio
- ☐ Sí ☐ No

Electricidad
- ☐ Sí ☐ No

Recolección de basura
- ☐ Sí ☐ No

Calefacción (gas, propano, eléctrica, etc.)
- ☐ Sí ☐ No

Seguro de la vivienda (no incluido en la hipoteca)
- ☐ Sí ☐ No

Pago de hipoteca
- ☐ Sí ☐ No

Alquiler de lote
- ☐ Sí ☐ No

Impuestos a la propiedad (no incluidos en la hipoteca)
- ☐ Sí ☐ No

Alquiler
- ☐ Sí ☐ No

Instalación o mantenimiento de alcantarillado/pozo séptico
- ☐ Sí ☐ No

Teléfono fijo/celular
- ☐ Sí ☐ No

Uso de un garaje
- ☐ Sí ☐ No

Instalación o mantenimiento de agua/pozos

Para cada ingreso o dinero marcado como “Sí”, complete la siguiente información:

Tipo de gasto	Nombre de la persona que paga el gasto	Importe total	Cantidad que paga el miembro del grupo familiar

¿Algún miembro del grupo familiar trabaja para cubrir parte de algún gasto (alquiler, alquiler del terreno, servicios públicos, etc.)?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Tipo de gasto:	Cantidad cubierta por el trabajo:

¿Algún miembro del grupo familiar recibe asistencia del LIHEAP?

☐ Sí ☐ No

¿Algún miembro del grupo familiar planea solicitar el LIHEAP?

☐ Sí ☐ No

¿Espera cambios en sus gastos (alquiler, alquiler del terreno, servicios públicos, etc.) el próximo mes?

☐ Sí ☐ No

Si es así, explique:

¿Alguien le ayuda a pagar estos gastos (agencia gubernamental, miembro familiar, etc.)?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Tipo de gasto:	Nombre de la persona que paga el gasto:	Cantidad pagada:

Para uso exclusivo de la agencia

El grupo familiar tiene derecho a una de las siguientes normas obligatorias de servicios públicos:

- ☐ HLSU: gasto elevado de vivienda y servicios (calefacción/refrigeración/LIHEAP)
- ☐ LUSA: gasto estándar de servicios públicos (agua, alcantarillado, basura, electricidad, teléfono)
- ☐ MU: gasto mínimo de servicios públicos (agua, alcantarillado, basura, electricidad)
- ☐ TL: solo teléfono

Cuéntenos sobre los gastos de los miembros del grupo familiar que sean mayores o discapacitados

¿Los miembros del grupo familiar que son mayores de 60 años o discapacitados pagan seguro médico u otros gastos médicos? (esto incluye visitas al médico, al odontólogo y al oftalmólogo, facturas hospitalarias, atención domiciliaria, atención en asilos, medicamentos recetados, suministros no médicos, audífonos, anteojos y lentes de contacto, así como los gastos del transporte y alojamiento para obtener tratamiento médico) ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién?	Cantidad del seguro médico:	Cantidad de otros gastos médicos:
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

¿Alguien le ayuda a pagar estos gastos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique:

¿Los miembros del grupo familiar pagan por el cuidado de adultos dependientes? ☐ Sí ☐ No

¿Los miembros del grupo familiar pagan honorarios a un representante fiduciario? ☐ Sí ☐ No

¿Espera cambios en los gastos el próximo mes? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique:

Cuéntenos sobre la información laboral de su grupo familiar

Miembros del grupo familiar que no pueden trabajar:

Motivo por el que no pueden trabajar:

Miembros del grupo familiar que dejaron de trabajar en los últimos 30 días:

Fecha en la que dejaron de trabajar:	Nombre del empleador:
--------------------------------------	-----------------------

Motivo:

☐ Fin de relación ☐ Renuncia ☐ Despedido ☐ Huelga ☐ Lesión
☐ Enfermedad ☐ **Licencia** ☐ Otro, especifique: _____

Fecha del último cheque que recibió el miembro del grupo familiar:

Miembros del grupo familiar que redujeron sus horas laborales en los últimos 30 días:

Fecha de la reducción:	Motivo de la reducción:
------------------------	-------------------------

Miembros del grupo familiar que se negaron a trabajar en los últimos 30 días:

Fecha:	Motivo:
--------	---------

Cuéntenos sobre actividades ilegales y descalificaciones

¿Usted o algún miembro del grupo familiar ha sido condenado por recibir fraudulentamente beneficios duplicados del SNAP o del TANF en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro del grupo familiar está escondiéndose o huyendo de la ley para evitar ser acusado, detenido, encarcelado o procesado por un delito grave o un intento de delito grave? ☐ Sí ☐ No

¿Algún miembro del grupo familiar ha sido condenado por abuso sexual con agravantes, homicidio, explotación y abuso sexual infantil o agresión sexual? También serán inelegibles para recibir los beneficios del SNAP las personas condenadas por un delito similar a los anteriores según la ley estatal y según lo determine el Fiscal General. Una condena por alguno de estos delitos solo genera inelegibilidad si se refiere a hechos ocurridos a partir del 7 de febrero de 2014. ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro del grupo familiar está incumpliendo alguna condición de libertad condicional o libertad vigilada? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro del grupo familiar ha sido condenado por comprar o vender beneficios del SNAP por una cantidad superior a USD 500 después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro del grupo familiar ha sido condenado por intercambiar beneficios del SNAP por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar ha sido condenado por intercambiar beneficios del SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez usted o algún miembro del grupo familiar fue descalificado del SNAP o del TANF por no dar información o dar información incorrecta, lo que afectó la elegibilidad o los beneficios? ☐ Sí ☐ No

Solicitud de asistencia: Sección 5

Complete la Sección 5 si quiere solicitar:

- El Programa de Asistencia de Atención Básica (BCAP)
- Medicaid
- El Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Cuéntenos sobre su grupo familiar		
Vivo/vivimos en Dakota del Norte desde (mes, día y año):		
¿Tiene la intención de permanecer en Dakota del Norte? ☐ Sí ☐ No		
Indique los miembros del grupo familiar que sean veteranos, cónyuges, padres o personas a cargo de un veterano, o que actualmente presten servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.:		
Nombre de cualquier menor cuyo padre no figure en el certificado de nacimiento***:		
Nombre de cada persona del grupo familiar que esté embarazada:		
¿Cuántos bebés están por nacer?	Fecha estimada del parto:	Nombre del padre del bebé no nacido***:
¿Cómo se determinó el embarazo?*** ☐ Médico ☐ Agencia de salud pública ☐ Prueba de embarazo casera ☐ Otro, especifique:		
¿Paga por servicios de tutela o curaduría?*** ☐ Sí ☐ No		

*** Esta información no es necesaria para la elegibilidad de Medicaid.

Cuéntenos sobre los padres que no viven en el grupo familiar				
Indique cada persona menor de 21 años cuyos padres no viven en el grupo familiar:				
Nombre del menor	Nombre de los padres que no viven en el grupo familiar	*** Fecha de nacimiento de los padres	*** SSN de los padres	*** Motivo por el cual los padres no viven en el grupo familiar Use los códigos de abajo
	Madre:			
	Padre:			
	Madre:			
	Padre:			
	Madre:			
	Padre:			
	Madre:			
	Padre:			
Códigos de motivo:				
AB: abandono AN: anulación legal AS: estudia fuera del hogar DE: fallecimiento DI: divorcio JP: cárcel/prisión LW: en búsqueda de empleo MC: recibe atención médica MS: servicio militar NM: nunca se casó TR: derechos parentales terminados SE: separado WO: trabajando fuera de la ciudad o del estado				

*** Esta información no es necesaria para la elegibilidad de Medicaid.

Cuéntenos sobre su seguro de vida (Esta información no es necesaria para Medicaid, salvo para personas mayores de 65 años o discapacitadas)

¿Algún miembro del grupo familiar tiene seguro de vida? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene un fondo funerario irrevocable y detallado? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, complete las siguiente tabla:

Nombre de la persona asegurada	Nombre y dirección de la compañía	Número de póliza	Valor nominal	Valor de rescate en efectivo	Propietarios

Cuéntenos sobre su cobertura médica

Enumere los miembros del grupo familiar que tienen seguro médico: adjunte una copia del frente y dorso de la tarjeta del seguro.

Personas aseguradas	Nombre y dirección del titular de la póliza	Nombre, dirección y número de teléfono de la aseguradora	Fecha de entrada en vigor	Número de póliza	Número de grupo	Prima mensual	Tipo de cobertura
							Use los códigos de abajo

Indique todos las que correspondan

A: hospital	E: visión	I: seguro HMO	
B: médico	F: asilo de ancianos	J: orden judicial	N: seguro de medicamentos recetados
C: cobertura mayor (rayos x, lab)	G: cáncer	K: Parte A de Medicare	P: compensación laboral o seguro por accidentes
D: dental	H: Champus/Tricare	L: Parte B de Medicare	V: Administración de Veteranos
		M: suplemento/ventaja de Medicare	W: Parte D de Medicare

¿Alguna de las pólizas enumeradas corresponde a la cobertura COBRA? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, indique el nombre de la aseguradora
Fecha de inicio de la cobertura COBRA	Fecha o fecha prevista de finalización de la cobertura COBRA
¿Alguna de las pólizas enumeradas es un plan de salud para jubilados? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, indique el nombre de la aseguradora
¿Alguna de las pólizas enumeradas es un plan con beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? ☐ Si ☐ No	En caso afirmativo, indique el nombre de la aseguradora
¿Alguna de las pólizas corresponde a un plan de beneficios para empleados estatales? ☐ Sí ☐ No	
¿Alguien fuera del grupo familiar paga la prima del seguro? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿quién?	
¿Algún miembro del grupo familiar espera que se produzcan cambios en la cobertura del seguro médico? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique:	
¿A algún miembro del grupo familiar le suspendieron o cancelaron complete: un seguro médico en los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo,	
Nombre de la persona al que se le suspendió o canceló el seguro:	Fecha de finalización de la cobertura:
Motivo de la suspensión o cancelación del seguro:	
¿Algún miembro del grupo familiar tiene una póliza de seguro de atención a largo plazo que haya pagado beneficios por servicios (atención de enfermería, atención básica o vivienda asistida)? ☐ Si ☐ No Esta información puede permitirle proteger activos adicionales.	
En caso afirmativo, ¿quién?	¿Cuánto ha pagado la póliza en beneficios?

Cuéntenos dónde obtuvo esta solicitud (opcional)

¿Dónde obtuvo esta solicitud de Medicaid? (Marque solo una)

- | | | | | |
|---|---|--|---|-------------------------------|
| ☐ | ☐ Guardería | ☐ Head Start | ☐ Farmacia | ☐ WIC |
| ☐ Capitolio en Bismarck | ☐ Organización religiosa | ☐ Agente de seguros | ☐ Agencia de salud | ☐ Otro |
| ☐ Coordinador de recursos comunitarios | ☐ Despensa de alimentos | ☐ Internet | ☐ Escuela pública | |
| | ☐ Amigo/familiar | ☐ Proveedor médico | ☐ Agencia de servicios humanos | |

Cuéntenos cómo o dónde se enteró de Medicaid (opcional)

¿Cómo se enteró de Medicaid en Dakota del Norte? (Marque solo una)

- | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------------------------|
| ☐ Club de Negocios y Servicios | ☐ Despensa de alimentos | ☐ Internet | ☐ Agencia de salud pública | ☐ WIC |
| ☐ Capitolio en Bismarck | ☐ Amigo/familiar | ☐ Proveedor médico | ☐ Radio | ☐ Otro |
| ☐ Guardería | ☐ Head Start | ☐ Periódico/revista/boletín | ☐ Agencia de servicios humanos | ☐ Televisión |
| ☐ Organización religiosa | ☐ Agente de seguros | ☐ Farmacia | | |

Información sobre otros servicios para menores y familias

Manutención Infantil

La Manutención Infantil (CS) puede ayudar a los menores a recibir cobertura financiera y médica de los padres que no viven en el hogar y que pueden estar legalmente obligados a brindar dicha cobertura.

Cobertura de Medicaid

Si un menor es elegible para Medicaid y uno de los padres no vive en el hogar, podemos remitir el caso a CS. No se remitirá el caso si no hay un adulto solicitando cobertura de Medicaid, excepto si el menor está en un hogar de acogida o si la única persona adulta elegible está embarazada. Si no se hace una remisión, pero quiere solicitar asistencia de CS, comuníquese con ellos al 701-328-5440 o al 1-800-231-4255.

Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Si usted recibe el TANF y uno de los padres no vive en el hogar, su familia será remitida automáticamente a CS. Debe cooperar con CS para establecer la paternidad y para establecer y hacer cumplir la manutención.

Si está interesado en recibir cobertura de Medicaid o del TANF para usted o sus hijos y no desea asistencia de CS porque su cooperación podría no ser lo mejor para su hijo (por ejemplo, en una situación de violencia doméstica), puede alegar una “causa justificada”. En ese caso, se le enviará un formulario SFN 446 para que de información adicional que nos permita decidir si se aprueba su solicitud de “causa justificada”.

¿Quiere alegar una “causa justificada” para no cooperar con CS? ☐ Sí ☐ No

Alegar una “causa justificada” no afecta su elegibilidad ni la de su hijo para Medicaid o para el TANF.

La falta de cooperación con CS no afecta la elegibilidad de su hijo para Medicaid. Sin embargo, si decide no cooperar con CS y no ha alegado una “causa justificada” o se le ha denegado la solicitud de “causa justificada”, no será elegible para la cobertura de Medicaid ni para los beneficios del TANF. Sin embargo, sus hijos seguirán siendo elegibles para Medicaid, siempre que cumplan con los demás requisitos del programa.

Solicitud de asistencia: Sección 6

Complete la Sección 6 si quiere solicitar:

- El Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP)

Cuéntenos sobre su grupo familiar

Valor total estimado de los activos de su grupo familiar

¿Su grupo familiar está actualmente en situación de calle?

☐ Sí☐ No

*Si su dirección actual corresponde a un alojamiento temporal, es posible que cumpla con la definición de "en situación de calle". Consulte la sección del CCAP en la Guía de solicitud de asistencia.

¿Algún padre, madre o tutor está actualmente en servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE. UU.? ☐ Sí☐ No

¿Algún padre, madre o tutor es miembro de la Guardia Nacional o de una unidad militar? ☐ Sí☐ No

Cuéntenos sobre sus necesidades de cuidado infantil

¿Su grupo familiar necesita asistencia para cubrir los gastos de cuidado infantil del mes pasado? ☐ Sí☐ No

Si solicita esta asistencia, debe presentar comprobantes de todos los ingresos recibidos durante ese mes y detallar un cronograma que indique en qué momento participó en la actividad por la que solicita asistencia.

Cronograma de actividades

Nombre del padre, madre o tutor que participa en la actividad:

Actividad permitida:

☐ Empleo☐ Escuela Secundaria/GED☐ Educación superior☐ Capacitación

☐ Otro, especifique: _____

Detalle un cronograma con los horarios en los que participa de cada actividad.

Nombre del niño que necesita cuidado (Si el menor acude a más de un proveedor durante esta actividad, complete la información para cada proveedor). Complete la información para cada menor que necesite cuidado durante esta actividad.	Horario en que al menor:		¿El menor asiste a preescolar, Head Start, escuela primaria, etc.?	Grado y escuela Horario de inicio y fin de las clases Debe presentar una copia del calendario escolar del menor.	Nombre del proveedor de cuidado infantil	Número del proveedor
	se lo deja con el proveedor	se lo recoge del proveedor				
			☐ Sí ☐ No			
			☐ Sí ☐ No			
			☐ Sí ☐ No			
			☐ Sí ☐ No			

Si necesita más espacio, agregue otra hoja.

Cronograma de actividades

(Complete esta sección si participa en más de una actividad o si hay un segundo padre, madre o tutor en el grupo familiar)

Nombre del padre, madre o tutor que participa en la actividad:

Actividad permitida:

☐ Empleo

☐ Escuela Secundaria/GED

☐ Educación superior

☐ Capacitación

☐ Otro, especifique: _____

Detalle un cronograma con los horarios en los que participa de cada actividad.

Nombre del niño que necesita cuidado (Si el menor acude a más de un proveedor durante esta actividad, complete la información para cada proveedor). Complete la información para cada menor que necesite cuidado durante esta actividad.	Horario en que al menor:		¿El menor asiste a preescolar, Head Start, escuela primaria, etc.?	Grado y escuela Horario de inicio y fin de las clases Debe presentar una copia del horario escolar del menor.	Nombre del proveedor de cuidado infantil	Número del proveedor
	se lo deja con el proveedor	se lo recoge del proveedor				
			☐ Sí ☐ No			
			☐ Sí ☐ No			
			☐ Sí ☐ No			
			☐ Sí ☐ No			

Si necesita más espacio, agregue otra hoja.

Cuéntenos sobre su educación superior o capacitación

Indique todos los miembros del grupo familiar que actualmente asisten a educación superior o capacitación:

Nombre de la escuela:

Programa de estudios:

Título previsto:

Duración de los estudios:

Fecha de finalización prevista:

¿Cuál es el mayor nivel educativo que ha completado?

☐ Ninguno

☐ Escuela secundaria

☐ Certificado

☐ Título asociado

☐ Título de grado

☐ Título de maestría

Fecha en que se completó:

Si hay un segundo padre, madre o tutor en el grupo familiar, ¿cuál es el nivel educativo más alto que ha completado?

☐ Ninguno

☐ Escuela secundaria

☐ Certificado

☐ Título asociado

☐ Título de grado

☐ Título de maestría

Fecha en que se completó:

Solicitud de asistencia: Sección 7

Lea y firme la Sección 7 si quiere solicitar cualquiera de los siguientes:

- El Programa de Asistencia de Atención Básica (BCAP)
- El Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP)
- Medicaid
- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- El Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Lea la siguiente información

He recibido, leído y comprendido mis derechos y responsabilidades tal como se explica en la guía.

Declaro bajo pena de perjurio que la información contenida en esta solicitud es correcta. Esto incluye la información sobre la identidad, ciudadanía y estado migratorio de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia.

Entiendo que el estado migratorio y otra información se verificarán si se encuentran discrepancias. Puede que el USCIS verifique el estado migratorio de los miembros del grupo familiar del solicitante mediante el envío de la información contenida en esta solicitud. Dicha verificación puede afectar la elegibilidad y el nivel de los beneficios.

Entiendo que la información contenida en esta solicitud está sujeta a verificación por autoridades federales, estatales y locales, incluso a través de medios electrónicos, para comprobar su veracidad. Si se detecta información falsa, la elegibilidad y el nivel de los beneficios del grupo familiar podrían verse afectados. Si ingreso deliberadamente información falsa, puedo estar sujeto a un proceso penal.

Me comprometo a informar a la oficina de mi Zona de Servicios Humanos sobre cualquier cambio en los ingresos, activos o situación de vivienda, según sea necesario. Entiendo que no recibiré deducciones por gastos permitidos si no los informo ni presento comprobantes.

Se me ha informado de que mi grupo familiar está autorizado para recibir servicios de información y referencia del TANF. He recibido la guía con información sobre estos servicios.

Una persona que infrinja intencionalmente cualquiera de las reglas puede ser suspendida del SNAP por un año o de forma permanente, ser multada hasta con USD 250 000, ser condenada hasta a 20 años de prisión o recibir todas las sanciones. También puede estar sujeta a procesamiento bajo otras leyes federales y estatales aplicables y, si así lo ordena el tribunal, se le puede imponer una suspensión adicional del SNAP por 18 meses adicionales.

Cualquier miembro del grupo familiar que infrinja intencionalmente las reglas puede ser suspendido de los beneficios del SNAP por un año para la primera infracción, dos años para la segunda infracción y de manera permanente para la tercera infracción.

Si un tribunal de justicia lo declara culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, no será elegible para recibir beneficios durante dos años para la primera infracción y de manera permanente para la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia lo declara culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, quedará permanentemente inelegible para recibir beneficios del SNAP tras la primera infracción.

Si un tribunal de justicia lo declara culpable de traficar beneficios por un total de USD 500 o más, quedará permanentemente inelegible para recibir beneficios del SNAP tras la primera infracción.

Si se descubre que ha hecho una declaración o representación fraudulenta con respecto a la identidad o el domicilio para recibir beneficios simultáneos del SNAP, será suspendido del SNAP por un período de 10 años.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL HHS DE DAKOTA DEL NORTE

De acuerdo con las leyes federales y estatales, el HHS tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, sexo, edad, discapacidad, país de origen, religión o estado civil o situación con respecto a la asistencia pública. De acuerdo con el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), el HHS también tiene prohibido discriminar por creencias políticas o tomar represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad que lleve a cabo o financie el USDA. Cualquier persona que tenga contrato con el HHS o reciba fondos para prestar servicios en nombre del HHS debe cumplir estas leyes, incluidos los ocho centros regionales de Servicios Humanos del estado, el hospital estatal, el Centro de Habilidades para la Vida y Transición y las oficinas de las Zonas de Servicios Humanos.

Declaración de no discriminación del USDA/FNS

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y con las políticas y regulaciones de derechos civiles del USDA, este departamento, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos provenientes de programas de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad que lleve a cabo o financie el USDA (no todas los motivos se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar quejas y soluciones varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre los programas (por ejemplo, braille, letra grande, audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa, o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades. USDA FNS:

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL HHS DE EE. UU.

El HHS cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, religión o sexo. No excluye a las personas ni las trata de manera diferente por los factores anteriores.

El HHS:

- brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - intérpretes calificados en lenguaje de señas;
 - información escrita en formatos accesibles (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- brinda servicios gratuitos de idiomas a personas que no tienen el inglés como idioma principal, por ejemplo:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el HHS al 1-877-696-6775.

Para presentar una queja por discriminación en un programa: complete un formulario de queja por derechos civiles o envíe una carta con la siguiente información:

- Nombre
- Dirección
- Nombre del programa
- Detalles de la queja, incluida la fecha en que se produjo

El formulario de queja por derechos civiles del HHS de Dakota del Norte (SFN 143) está disponible en línea aquí: [ht](#)
Para solicitar una copia, llame al (701) 328-2311 o al (800) 472-2622, TTY 711.

El formulario de queja por derechos civiles del USDA/FNS (AD-3027) está disponible en línea aquí:

Para solicitar una copia, llame al (866) 632-9992, TDD (202) 260-1026.

El formulario de queja por derechos civiles del HHS de EE. UU. (HHS-700) está disponible en línea aquí:

Para solicitar una copia, llame al (800) 368-1019, TDD (800) 537-7697.

¿Dónde presento una queja? Los formularios o cartas escritas se pueden enviar por correo, fax, correo electrónico o, si está disponible, a través de un portal en línea en las siguientes oficinas:

HHS de Dakota del Norte*

	FAX: (701) 328-2173 Correo electrónico:
--	--

USDA*+

	FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442 Correo electrónico:
Portal en línea:	

USDA/FNS*+

	FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442 Correo electrónico:
Portal en línea:	

HHS de EE. UU.*

	FAX: (202) 619-3818 Correo electrónico:
Portal en línea:	

* Las agencias estatales y locales deben cumplir con las leyes de derechos humanos de Dakota del Norte que prohíben la discriminación por “estado civil o situación con respecto a la asistencia pública”. Las agencias federales no están obligadas a investigar quejas basadas en las leyes de derechos humanos de Dakota del Norte.

+ Según la política del USDA, también se prohíbe la discriminación por creencias políticas.

Registro laboral para el SNAP

Entiendo y acepto que, para recibir los beneficios del SNAP, ciertos miembros del grupo familiar deben registrarse para trabajar. Esto significa que estos miembros deben: A) registrarse para trabajar al momento de presentar la solicitud y en la recertificación; B) no renunciar a un trabajo de más de 30 horas semanales sin una causa justificada; C) no reducir su jornada laboral a menos de 30 horas semanales sin una causa justificada, D) y no rechazar una oferta válida de un empleo adecuado sin una causa justificada. Cualquier persona que no cumpla con los requisitos laborales puede ser descalificada para recibir los beneficios del SNAP. Este formulario también funciona como notificación de registro laboral. Usted, además de los otros miembros del grupo familiar no exentos, será considerado registrado para trabajar y deberá cumplir con los requisitos laborales desde el momento en que firme este formulario.

Recuperación del patrimonio

La ley estatal y federal exige que el HHS presente reclamos contra el patrimonio de una persona fallecida que haya sido beneficiaria de Medicaid:

- 1. si era mayor de 55 años cuando recibió servicios de Medicaid;
- 2. si estuvo institucionalizado de forma permanente, sin importar su edad, y recibió una notificación de institucionalización permanente,
- 3. tras el fallecimiento del cónyuge sobreviviente de la persona que recibía Medicaid.

A partir del 1 de enero de 2010, los pagos por gastos compartidos de Medicare están exentos de la recuperación del patrimonio de Medicaid. A partir del 1 de agosto de 2015, los pagos hechos a aseguradoras privadas también están exentos de la recuperación del patrimonio de Medicaid, excepto la parte correspondiente a servicios en asilos, servicios domiciliarios y comunitarios y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados recibidos mientras se está en asilo o mientras se reciben servicios domiciliarios y comunitarios. A partir del 1 de enero de 2020, los servicios de farmacia provistos bajo la expansión de Medicaid están sujetos a la recuperación del patrimonio.

Autorización para divulgar información

Autorizo/autorizamos a cualquier persona que tenga custodia o conocimiento de la información relacionada conmigo/con nosotros a divulgar cualquier información solicitada, incluida la información confidencial que no sea PHI, a cualquier agente autorizado del HHS. Esta autorización será válida hasta 90 días después del cierre del caso o hasta que sea cancelada por escrito. Autorizo/autorizamos a CS a divulgar cualquier registro de pagos de manutención infantil que haya/hayamos hecho o recibido. Una copia de esta autorización será considerada tan válida como la original.

Firme y coloque la fecha de la solicitud aquí

Al firmar, declaro que he leído y que acepto la información contenida en la Sección 7 de esta solicitud.

☐ Entiendo que al marcar esta casilla y escribir mi nombre estoy firmando electrónicamente esta solicitud de asistencia SFN 405. Acepto que mi firma electrónica tiene el mismo valor legal que mi firma manuscrita.

Firma del solicitante	Fecha
Otra firma (cónyuge, tutor u otro adulto responsable)	Fecha

Después de completarlo, consulte el Paso 2 de la página de instrucciones