



Instrucciones para la solicitud de asistencia

Esta solicitud se puede utilizar para solicitar el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), la Cobertura de Atención Médica (HCC), el Programa de Asistencia de Atención Básica (BCAP) y la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Consulte la Guía para obtener más información. También puede ver la guía y presentar su solicitud en línea en: www.applyforhelp.nd.gov

¿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.

Dependiendo del programa al que se esté postulando, también deberá completar:

- Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP): debe completar la Sección 6.
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP): debe completar las Secciones 3 y 4.
- Cobertura de Atención Médica (HCC): debe completar las Secciones 2, 3 y 5. (Medicaid, Programa de Ahorros de Medicare) La información de las personas que solicitan HCC se enviará al Mercado de Seguros Médicos para determinar su elegibilidad y recibir ayuda para pagar el seguro médico privado.
 - También deberá completar la Solicitud SFN 1620, Apéndice B, para cualquier miembro del grupo familiar que sea indio americano o nativo de Alaska.
- Programa de Asistencia de Atención Básica (BCAP): debe completar las Secciones 3 y 5.
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF): debe completar las Secciones 3, 4 y 5.

Responda tantas preguntas como pueda. Si necesita ayuda para solicitar asistencia, puede pedirle a un amigo, familiar u otra persona que lo ayude a solicitarla. La oficina local de su zona de servicios humanos también puede ayudarle a solicitar asistencia. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte.

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

Complete y entregue el resto de la solicitud tan pronto como pueda. Puede enviar su solicitud por correo o entregarla en persona.

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

O

Envíelo por correo a:
 Department Of Health and Human Services
 Customer Support Center
 PO Box 5562
 Bismarck ND, 58506
 O por FAX: (701)-328-1006
 O por correo electrónico: applyforhelp@nd.gov

Si tiene preguntas, llame al Centro de Atención al Cliente al: 1-866-614-6005

Las ubicaciones de las oficinas de la zona de servicios humanos se pueden encontrar aquí:

<https://www.hhs.nd.gov/human-service/zones>

Paso 3: Hable con nosotros.

Cuando recibamos su solicitud de SNAP o TANF, programaremos una entrevista con usted. Para SNAP, se puede prescindir de una entrevista cara a cara a favor de una entrevista telefónica según el caso y determinado por razones de dificultades del grupo familiar. HCC, BCAP y CCAP no requieren una entrevista.

Día de la cita:

Hora de la cita:

Si pierde su cita y aún desea presentar la solicitud, comuníquese con la oficina de la zona de servicios humanos para programar una segunda cita.

Para acelerar el procesamiento de su solicitud, entregue evidencia de los siguientes elementos con su solicitud. También puede traer pruebas a su entrevista. Sus trabajadores le ayudarán a obtener estas cosas si es necesario.

Prueba de estatus de extranjero o ciudadanía, tales como (se requieren documentos originales si solicita Cobertura de Atención Médica):

- Tarjeta de Extranjero Residente (Formulario I-551)
- Tarjeta de Residente Temporal (Formulario I-688)
- Tarjeta de autorización de empleo (Formulario I-688A)
- Registro de Llegada-salida (Formulario I-94)
- Documento tribal de indios americanos/nativos de Alaska
- Pasaporte
- Certificado de nacimiento (si nació en los Estados Unidos)

Se le pedirá que proporcione información sobre la ciudadanía o el estado migratorio de todas las personas para quienes desea recibir asistencia. Esta información puede estar sujeta a verificación por parte del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS), y la información enviada recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad del grupo familiar y el nivel de beneficios. **Para HCC, se requerirá verificación si no está disponible mediante notificaciones electrónicas.**

Para CCAP, HCC y SNAP: si alguna de estas personas no quiere dar información sobre su ciudadanía o estatus migratorio, no será elegible para recibir beneficios. Estas personas deben proporcionar su información financiera para determinar la elegibilidad de otros miembros del grupo familiar. Otros miembros del grupo familiar aún pueden recibir beneficios si son elegibles. No compartiremos información sobre extranjería o ciudadanía de personas que no sean solicitantes con el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (USCIS).

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

Prueba del valor de los activos circulantes, tales como:

- Anualidades
- Seguro de vida
- Cuentas comerciales
- Bienes inmuebles (terrenos, propiedades de alquiler, etc.)
- Certificados de depósito
- Bonos de Ahorro
- Cuentas corrientes/de ahorros/de cooperativa de crédito
- Acciones/bonos/fondos mutuos
- Planes IRA/401K/KEOGH
- Fideicomisos

Si solo solicita Asistencia para el Cuidado Infantil o Cobertura de Atención Médica para familias con niños y adultos no discapacitados entre 19 y 65 años, no necesita declarar ni traer registros de sus bienes.

Comprobante de la mayoría de los gastos actuales, tales como:

- Cuidado de niños/dependientes
- Pagos ordenados por el tribunal (manutención infantil, manutención del cónyuge, primas de seguro médico, otra manutención)
- Primas de seguro médico o de salud (si solicita SNAP únicamente, no necesita proporcionar información para miembros del grupo familiar menores de 60 años a menos que estén discapacitados).
- Gastos de servicios públicos/refugio (si solicita SNAP)
 - Costos de calefacción y refrigeración
 - Impuestos sobre la propiedad
 - Seguro para propietarios de casas
 - Alquiler (recibo, contrato de arrendamiento, contrato de asistencia de vivienda)
 - Pago de la casa (hipoteca)
 - Factura telefónica
 - Otras facturas de servicios públicos

Si solo solicita HCC para familias con niños y adultos no discapacitados entre 19 y 64 años, no es necesario que proporcione información de gastos.

Comprobante de ingresos más actuales (el mes pasado y este mes), tales como:

- Bonificaciones
- Ingresos de trabajo por cuenta propia (copia más reciente del formulario de impuesto federal sobre la renta)
- Manutención infantil
- Beneficios de Seguro Social
- Comisiones
- Manutención conyugal
- Ingresos por arrendamiento
- SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)
- Dinero de amigos, familiares u otros
- Beneficios de desempleado
- Pago (recibos de pago o declaración del empleador)
- Beneficios para veteranos/militares
- Beneficios de pensión/jubilación
- Compensación de trabajadores
- Ingresos de alquiler

Para HCC, se solicitará prueba si la información no se puede verificar a través de nuestras fuentes de verificación electrónica.

Prueba de otra información, tales como:

- Identidad (acta de nacimiento, licencia de conducir, identificación laboral o escolar, documento tribal indígena americano/nativo de Alaska, pasaporte; se requieren documentos originales si solicita cobertura de atención médica)
- Edad (acta de nacimiento, licencia de conducir)

- Residencia (recibos de alquiler, facturas de servicios públicos, arrendamiento)
- Números de Seguro Social (tarjeta o comprobante de solicitud de SSN)
- Verificación de embarazo (Declaración médica o fecha de parto)

Para HCC, se solicitará prueba si la información no se puede verificar a través de nuestras fuentes de verificación electrónica.

Para saber cuándo puede recibir asistencia, vaya a la sección Información general de la Guía. Si tiene preguntas, comuníquese con la oficina local de su zona de servicios humanos.



SOLICITUD DE ASISTENCIA
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
 SFN 405 (1-2024)

Agency Use Only

Case Number	Date Requested
Date Received	Interview Date
Individual Interviewed	

Solicitud de asistencia - Sección 1

Marque las asistencias que está solicitando. Firme y feche a continuación. Si desea obtener más información sobre estos programas e información de privacidad, consulte la Guía. Si no recibió la Guía, comuníquese con su oficina local de la Zona de Servicios Humanos.

ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) (un programa para familias con niños): solicite este programa **SI** es una familia con ingresos limitados que tiene un niño privado del sustento de uno de los padres (uno de los padres está ausente, discapacitado o ya no vivo) **Y** el niño es menor de 18 años. Este programa proporciona asistencia temporal en efectivo para ayudar a las familias mientras buscan oportunidades de capacitación y empleo para volverse autosuficientes.

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL (CCAP): ayuda a las personas con los costos del cuidado infantil mientras están empleadas, asisten a la escuela secundaria, obtienen su GED, cursan educación postsecundaria, capacitación o buscan empleo.

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP): anteriormente conocido como Cupones para Alimentos, ayuda a las personas a comprar alimentos. Puede recibir SNAP dentro de los 7 días posteriores a la fecha de su solicitud si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- El ingreso mensual de su grupo familiar antes de impuestos es de \$150 o menos; o
- Usted es un trabajador agrícola migrante o estacional en estado de pobreza siempre que sus recursos líquidos no excedan los \$100; o
- El alquiler/hipoteca mensual y los servicios públicos de su grupo familiar son mayores que los ingresos de su grupo familiar antes de impuestos.

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA (HCC): marque las coberturas de atención médica que está solicitando:

Medicaid: paga los servicios de salud o las primas de seguros de personas elegibles. La información de las personas que solicitan HCC se enviará al Mercado de Seguros Médicos para determinar su elegibilidad y recibir ayuda para pagar el seguro médico privado.

Programa de ahorros de Medicare: ayuda con la prima, el coseguro y los deducibles de la Parte B de Medicare.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN BÁSICA (BCAP) (un programa para residentes de centros de atención básica únicamente): solicite este programa **SI** vive en un centro de atención básica autorizado para satisfacer sus necesidades de salud y de vida **Y** tiene 18 años o más, es ciego o está discapacitado o envejecido. Este programa ayuda a pagar los costos de alojamiento y comida.

Cuéntenos acerca de usted			
Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:
Dirección donde vive: **			Número de apartamento o unidad:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Dirección a casa (si es rural): ***
Dirección postal (si es diferente):			
Número de teléfono particular:	Número de teléfono del trabajo o para enviar mensajes:		Número de teléfono móvil:
Si no habla inglés, ¿cuál es su idioma preferido hablado o escrito?			

** Si está solicitando Cobertura de Atención Médica (Medicaid) y ha ingresado su dirección residencial y postal como Entrega General o Sin Hogar, o la ha dejado en blanco, su correo se enviará a la oficina local de la zona de servicios humanos. Deberá hacer arreglos para recoger su correo en la oficina local de la zona de servicios humanos semanalmente. Si no recoge su correo durante tres (3) semanas, su caso puede cerrarse debido a la pérdida de contacto.

*** No requerido para Medicaid.

Firme y feche la solicitud aquí	
Firma del solicitante	Fecha
Otra firma (cónyuge, tutor u otro adulto)	Fecha

Cuéntenos sobre las personas en su hogar

Marque las casillas a continuación para todas las personas que viven en su hogar, incluidos los miembros que están temporalmente fuera de su hogar (trabajando fuera de casa, asistiendo a la escuela o a un internado, en el ejército, etc.)

- Usted mismo
 Su esposo o esposa
 Sus hijos
 Otros adultos o niños que viven en su hogar

Para cada persona marcada, complete los cuadros a continuación. Estas personas forman su grupo familiar.

Si necesita espacio adicional, continúe en una hoja de papel aparte.

Se le solicita que proporcione información sobre la raza y el origen étnico de todas las personas para quienes desea ayuda. Esta información es voluntaria y se utiliza para garantizar que se brinden beneficios sin distinción de raza, color u origen nacional. Proporcionar esta información no afectará su elegibilidad ni el monto de su beneficio.

También se le solicita que proporcione información sobre el sexo, el último grado completado y el estado civil de todas las personas para quienes desea asistencia. Esta información es voluntaria.

Se le pedirá que proporcione los Números de Seguro Social (SSN) de todas las personas para las que desea asistencia, excepto el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil. Sin embargo, proporcionar su SSN ayudará a acelerar el proceso de solicitud aunque no esté interesado en recibir Cobertura de Atención Médica. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si solicita Medicaid de emergencia únicamente debido a su ciudadanía o estado migratorio, no necesita brindarnos información sobre su SSN. **(Consulte la “Sección de información general” de la Guía de solicitud de asistencia para obtener información adicional sobre el uso de los números de seguro social).**

NOTA: Si está solicitando Cobertura de Atención Médica, incluya a las personas que viven en su hogar y también a aquellas personas que usted declara en su declaración de impuestos federales sobre la renta

Miembros del grupo familiar (Ingrese el nombre legal) Segundo nombre			Relación con usted	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Último grado completado *	Ciudadano estadounidense (Sí o No)	Hispano o latino (Sí o No)	Raza	Estado civil
Primero	Inicial	Apellido									Utilice los códigos siguientes	
			Uno mismo									

Códigos de raza: **AI** - Indio americano/Nativo de Alaska **AP** - Asiático **BL** - Negro/Afroamericano **HP** - Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
WH - Blanco Códigos de estado civil: **DI** - Divorciado **MA** - Casado **NM** - Nunca casado **SE** - Separado **WI** - Viudo

* El último grado completado no es necesario para la Cobertura de Atención Médica o SNAP.

¿Está sin hogar? ** 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 sus números de inscripción tribal:

Si solicita Cobertura de Atención Médica, es posible que sea elegible para no recibir tarifas de inscripción ni pagos de primas bajo determinada Cobertura de Atención Médica.

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

Enumere a los miembros del grupo familiar que están temporalmente fuera del grupo familiar:

¿Por qué están fuera de casa?	Fecha prevista de regreso:
-------------------------------	----------------------------

Enumere los miembros del grupo familiar que están discapacitados:

Indique a cualquier persona en el hogar que esté actualmente en un hogar de acogida o que alguna vez haya estado en un hogar de acogida.**

** Requerido solo para SNAP

Indique a cualquier persona en el grupo familiar que actualmente esté o haya servido en cualquier rama del ejército.**	
¿Los miembros del grupo familiar han recibido o están recibiendo actualmente asistencia en otro estado (efectivo, alimentos, asistencia médica)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿cuándo?	¿Qué ciudad, condado y Estado?
Enumere los miembros del grupo familiar que son huéspedes (que le pagan a alguien para que les proporcione comidas): *	
¿Recibieron los miembros del grupo familiar productos básicos a través del Programa Tribal de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas el mes pasado o este mes? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿quién? *	
¿Usted o algún miembro de su grupo familiar ha sido descalificado del Programa Tribal de Distribución de Alimentos? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿quién? *	

* No requerido para HCC
 ** Requerido solo para SNAP

Cuéntenos sobre los estudiantes en su hogar

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

Nombre del estudiante	Nombre de escuela	Estado de estudiante
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial

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

Al optar por recibir notificaciones por mensaje de texto o correo electrónico, acepta lo siguiente:
 Se enviará un mensaje de texto o una notificación por correo electrónico al número de teléfono celular o a la dirección de correo electrónico que ingresó cuando sea necesaria una revisión o una solicitud completa para determinar la elegibilidad o la elegibilidad continua para los programas en los que está inscrito.

Es posible que se apliquen tarifas de mensajes de texto del operador de telefonía celular y HHS no será responsable de ningún cargo por mensaje de texto.

Usted es responsable de notificar a su asistente social sobre cualquier cambio en su dirección de correo electrónico, proveedor de teléfono celular o número de teléfono celular, o si pierde o le roban su teléfono celular.
 Es política del HHS no transmitir información confidencial por mensaje de texto o correo electrónico, ya que el correo electrónico y los mensajes de texto no cifrados NO son una forma segura de comunicación. Existe cierto riesgo de que cualquier información médica protegida (PHI) y otra información confidencial que pueda estar contenida en dichos correos electrónicos o mensajes de texto pueda ser mal dirigida, divulgada o interceptada por terceros no autorizados. Doy mi consentimiento y acepto el riesgo de transmitir PHI y otra información confidencial a través de mensajes de texto o correo electrónico no cifrados.

¿Le gustaría recibir notificaciones por mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor de telefonía celular:
¿Le gustaría recibir notificaciones por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique la dirección de correo electrónico:
Firma (las notificaciones por mensaje de texto y/o correo electrónico no se enviarán sin su firma)	Fecha

¿Ayuda con SNAP y HCC?

¿Le ofreció el Great Plains Food Bank información sobre SNAP o asistencia con la solicitud? Sí No

La Educación sobre el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP-Ed) está disponible para los beneficiarios de SNAP a través del Programa de Nutrición Familiar de Servicios de Extensión de NDSU. Este programa proporciona recursos y oportunidades de aprendizaje para ayudar a los participantes a elegir alimentos saludables dentro de un presupuesto limitado y mantener un peso saludable. Visite www.ag.ndsu.edu/foodwise para obtener más información.

Si está solicitando SNAP o HCC, puede darle permiso a una persona de confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros y ver su información. Esta persona puede actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo dar y recibir información, firmar su solicitud y actuar en su nombre en todos los asuntos futuros. Esta persona se llama "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con la oficina local de su zona de servicios humanos.

Para SNAP, esta persona también puede brindarle información en su entrevista y también puede recibir la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) por usted. Esto le da al representante acceso a sus beneficios alimentarios. Los beneficios gastados por el representante no serán reemplazados. También tiene la opción de nombrar a un representante autorizado diferente que no recibirá notificaciones sobre su caso SNAP, incluida la solicitud, pero que podrá acceder a sus beneficios alimentarios utilizando su tarjeta EBT. Los beneficios gastados por el representante no serán reemplazados.

Para HCC, si la persona a la que usted otorga este permiso es un representante designado **legalmente** por alguien en esta solicitud, presente prueba con la solicitud.

Si elige que alguien le ayude, complete los cuadros a continuación con su información:

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

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

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

Si elige que alguien lo ayude solo a usar su tarjeta EBT y no recibir notificaciones, complete los cuadros a continuación con su información:

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

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

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

Ayúdenos a decidir si puede recibir SNAP dentro de los siete días

Si está solicitando SNAP, completar esta sección puede ayudarlo a recibir beneficios dentro de los siete días:

¿Es usted un trabajador agrícola migrante o estacional con menos de \$100 de recursos líquidos? Sí No

¿Aproximadamente cuánto ingreso total del trabajo recibirá su grupo familiar este mes antes de impuestos (bruto)?

¿Aproximadamente cuánto ingreso total no derivado del trabajo u otro dinero recibirá su grupo familiar este mes?

¿A cuánto asciende el alquiler mensual de su grupo familiar, el alquiler del lote y/o el pago de la casa?

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

Calefacción Refrigeración Electricidad Teléfono Agua Alcantarillado Basura

¿Alguien en su grupo familiar ha recibido LIHEAP (asistencia para combustible) en los últimos 12 meses? Sí No

En caso afirmativo, indique el miembro del grupo familiar:

¿Tiene una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)  de Dakota del Norte para SNAP? Sí No

¿Los miembros del grupo familiar compran y preparan las comidas por separado? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién?

Agency Use Only - Expedited Formula

<p>Eligible for expedited service if: Countable Income is below \$150/ Month Examples: Wages, Child Support, SSI, Disability, Retirement, Veterans Benefits, Unemployment, Workers Compensation</p>	<p>If not eligible:</p> <p style="text-align: center;">Monthly</p> <p style="text-align: center;">Gross Countable Income</p> <p style="text-align: center;">Would be less than:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Alquiler/hipoteca</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Estándar de servicio apropiado</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> <tr> <td>Costo total del refugio</td> <td style="text-align: center;">=</td> </tr> </table>	Alquiler/hipoteca		Estándar de servicio apropiado	+	Costo total del refugio	=	<p>HLSU - Any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heating • Cooling • LIHEAP <p>LUSA - Two of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Water • Sewer • Garbage • Electric • Telephone <p>MU - One of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Water • Sewer • Garbage • Electric <p>TL - Telephone Only</p>
Alquiler/hipoteca								
Estándar de servicio apropiado	+							
Costo total del refugio	=							
<p>Was the screening for expedited service completed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Is the household eligible for expedited service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was the identity of the applicant verified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Worker's Initials:</p>							

Agency Use Only

Case Number
Date Requested

Cuéntenos sobre los ingresos/dinero que recibe su grupo familiar

Trabajo independiente

¿Hay algún miembro del grupo familiar que trabaje por cuenta propia? Sí No

En caso afirmativo, responda a continuación:

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

Empleo

¿Hay algún miembro del grupo familiar empleado? Sí No

En caso afirmativo, indique información sobre el pago del empleo, como salarios, comisiones, bonificaciones e incentivos para todos los miembros del grupo familiar, incluidos los niños. Si el empleo terminó el mes pasado o este mes, también indique aquí los ingresos recibidos este mes.

Miembro del grupo familiar	Empleador	Horas trabajadas por semana	Pago por hora	Pago de este mes antes de impuestos (bruto)	Pago del próximo mes antes de impuestos (bruto)	Cantidad de propinas	Fecha del próximo cheque	¿Con qué frecuencia se paga? Utilice los códigos siguientes	Día o Fechas pagadas

Con qué frecuencia se pagan los códigos:
M - Mensual **2X** - Dos veces al mes **W** - Semanal **EX** - Cada dos semanas Otro, especifique: _____

Códigos de pago diario:
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 distintos a los incluidos anteriormente durante el último año? Sí No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

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

Ingresos no derivados del trabajo u otro dinero recibido

La siguiente es una lista de diferentes tipos de ingresos no derivados del trabajo. Marque sí para cada ingreso no derivado del trabajo u otro dinero recibido por los miembros del grupo familiar. Marque no, si no lo recibió.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios durante una huelga | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dinero de amigos, familiares u otros** |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No BIA/Asistencia general tribal** | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dinero de herencia** |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ganancias de bingo/juegos de azar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Petróleo/Derechos minerales/Regalías |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Manutención de menores** o manutención del cónyuge | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios de pensión/jubilación |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos por venta o alquiler por contrato | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios del ferrocarril |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pagos por cuidado de crianza/adopción subsidiada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia a refugiados** |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos por CRP | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios de Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos de las tribus | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)** |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos de inquilinos/huéspedes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No TANF: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas** |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dinero indio individual (IIM)* | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Acuerdo de seguro/demanda** | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Beneficios para veteranos/militares** |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ingresos por intereses/dividendos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compensación de trabajadores* |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dinero depositado en una cuenta bancaria por una persona fuera de su grupo familiar ** | Otro, especifique: _____ |

* No se requiere información de IIM para la cobertura de atención médica.

** No se requiere para la cobertura de atención médica a menos que sea mayor de 65 años o esté discapacitado.

Para todos los elementos marcados sí, complete las casillas a continuación:

Tipo de ingreso no derivado del trabajo u otro dinero recibido	Miembro del grupo familiar	Con qué frecuencia se recibe	Cantidad este mes	Cantidad el próximo mes

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

** No se requiere para la cobertura de atención médica a menos que sea mayor de 65 años o esté discapacitado.

¿Los miembros del grupo familiar han solicitado beneficios que aún no han recibido (como Seguro Social, SSI, Compensación al Trabajador, Compensación por Desempleo, Beneficios para Veteranos/Militares, etc.?) Sí No
 En caso afirmativo, explique:

Cuéntenos sobre los gastos ordenados por el tribunal *

¿Se le ha ordenado judicialmente a algún miembro del grupo familiar que pague manutención infantil, manutención del cónyuge, otra manutención o seguro médico? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién?

¿Para quién son los pagos?

Monto ordenado por el tribunal:

Cantidad pagada:

* Los gastos de orden judicial no son necesarios para la cobertura de atención médica.

Díganos si tiene gastos de cuidado infantil **

¿Su grupo familiar tendrá costos de cuidado infantil este mes? Sí No En caso afirmativo, marque el motivo:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Escuela secundaria/Examen General equivalente a diploma secundaria | <input type="checkbox"/> Educación o formación |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda de trabajo | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Monto:

** No requerido para la Cobertura de Atención Médica.

¿Alguien le ayuda a pagar los costos de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete la línea a continuación:		
Nombre de la persona que paga los costos del cuidado infantil:	Monto que están pagando:	Nombre de la persona a la que se le paga:
¿Espera que los costos de cuidado infantil para este mes sean los mismos que <u>el mes pasado</u> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, explique:		

Solicitud de asistencia - Sección 2

Complete la Sección 2 si está solicitando:

• Cobertura de Atención Médica (HCC)

Su nombre:

Cuéntenos sobre su grupo familiar

Si no desea Cobertura de Atención Médica para todos los miembros del grupo familiar enumerados en la página 2, indique los miembros para los que NO desea cobertura médica:		
¿Algunos de los solicitantes que solicitaron cobertura de atención médica estaban en un hogar de acogida a los 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, ¿quién?	Cuándo:	¿Qué Estado?
¿Es usted ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted ciudadano naturalizado o derivado? (Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.) <input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo, complete a y b <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es no, continúe con la pregunta c	
a. Número de extranjero:	b. Número certificado	Después de completar a y b, PASE a la pregunta d.
c. Si no es ciudadano estadounidense ni nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> Sí. Ingrese el tipo de documento y el número de identificación. Vea las instrucciones.		
Tipo de documento de inmigración	Tipo de estado (opcional)	Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración
Número de extranjero o I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte	
SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión)	
Para cualquier solicitante que no sea ciudadano o nacional de los EE. UU., ¿ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - Fecha de ingreso a los EE. UU.		
d. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted la persona principal que cuida de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, nombre del (los) niño(s):		

Cuéntenos sobre la información de declaración de impuestos federales de su grupo familiar

¿Presentó impuestos federales sobre la renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año, ¿la presentará conjuntamente con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del cónyuge:	
Si planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año, ¿reclamará algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

En caso afirmativo, nombre de los dependientes que declarará:	
Si planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año, ¿algún dependiente presentará una declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, quién:
Si NO planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año, ¿se le declarará como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, indique el nombre del declarante de impuestos:	Relación con el declarante de impuestos:

Cuéntenos sobre las deducciones reclamadas en su impuesto federal sobre la renta

Informarnos sobre ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta podría hacer que el costo del seguro médico sea un poco más bajo. Marque las siguientes deducciones de ingresos que reclamó en su Impuesto Federal sobre la Renta:

- Pensión alimenticia (**Nota:** Sólo para divorcios finalizados antes del 1/1/19)
- Intereses de préstamos estudiantiles
- Matrícula y tarifas deducibles de impuestos
- Otras deducciones que aún no se han considerado en su respuesta a "Cantidad de ingresos netos del trabajo independiente (ganancias una vez que se pagan los gastos comerciales)" en la página 9. Si está marcado, explique:

Posibilidad de utilizar datos fiscales durante la renovación

Renovación de cobertura: Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto permitir que la Oficina de la Zona de Servicios Humanos o la oficina estatal utilice datos de ingresos, incluida información de declaraciones de impuestos. La Zona de Servicios Humanos o la Oficina Estatal me enviarán un aviso, me permitirán realizar cualquier cambio y puedo optar por no participar en cualquier momento.

Cuéntenos sobre sus facturas médicas

Medicaid puede ayudar a pagar las facturas médicas, incluidos los costos de los medicamentos recetados, hasta tres meses antes del mes de su solicitud. ¿Le gustaría ayuda para pagar alguna de estas facturas? Sí No

Medicaid puede permitir facturas médicas impagas de más de tres meses para reducir sus costos de bolsillo. ¿Tienen los miembros del grupo familiar facturas médicas impagas de más de tres meses? Sí No

En caso afirmativo, explique:

Cuéntenos sobre su cobertura de salud

¿Algún miembro del grupo familiar está inscrito en cobertura de salud de uno o más de los siguientes?*

Medicaid - Quién:

Medicare - Quién:

Cuerpo de Paz - Quién:

TRICARE (no marque si tiene atención directa o cumplimiento del deber) - Quién:

Programa de atención médica de VA - Quién:

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

Sí No En caso afirmativo, complete el formulario 'Cobertura médica de empleos' (SFN 1618) incluido en el paquete de solicitud.

* Proporcione una copia, anverso y reverso, de la tarjeta del seguro.

Díganos si recibe ayuda con sus costos médicos

¿Alguien ayuda a pagar sus costos médicos? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Los miembros del grupo familiar tienen problemas médicos debido a un accidente? Sí No

¿Alguien en su grupo familiar requiere servicios de atención de enfermería? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo comenzarán a recibir servicios de atención de enfermería?

Si recibe servicios de atención de enfermería en un centro, proporcione el nombre y la dirección del centro:

Nombre de las instalaciones

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

¿Tienen los miembros del grupo familiar alguna acción legal pendiente de la cual puedan recibir dinero o beneficios médicos (incluida la herencia)? **

Sí

No

** No es obligatorio a menos que sea mayor de 65 años o esté discapacitado.

Poder notarial o contacto familiar

Primer nombre

Relación

Dirección postal donde desea que se envíen los avisos

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono particular

Número de teléfono del trabajo o para enviar mensajes

Número de teléfono móvil

Poder legal

Persona de contacto familiar

Asesor de solicitudes, navegador, agente o corredor únicamente

Complete esta sección si es un asesor de solicitudes certificado, navegante, agente o corredor que completa esta solicitud en nombre de otra persona.

Primer nombre:

Inicial del segundo nombre:

Apellido:

Sufijo:

Nombre de la organización:

Número de identificación (si corresponde):

Fecha de inicio de la solicitud:

Solicitud de asistencia - Sección 3

Complete la Sección 3 si está solicitando:

- Programa de Asistencia de Atención Básica (BCAP)
- Cobertura de Atención Médica (HCC)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Cuéntenos sobre los bienes de su grupo familiar

Si solicita HCC para alguien discapacitado o de 65 años o más, o si solicita BCAP, SNAP o TANF, debe completar las secciones Vehículos y Otros activos.

Vehículos

Enumere los vehículos (automóvil, camión, casa rodante, motonieve, motocicleta, vehículo de 3 o 4 ruedas, bote u otra embarcación, casa rodante, remolque, etc.) de propiedad, de propiedad conjunta o que se estén comprando para todos los miembros del grupo familiar, incluso si el vehículo no está funcionando o no está en su poder. Incluya vehículos con licencia de Dakota del Norte, vehículos de motor tribales u otro estado.

Marca/Modelo	Año	Valor	Cantidad adeudada	Con licencia	Propietarios
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Cuéntenos sobre los bienes de su grupo familiar (continuación)

Otros activos

Marque Sí por los bienes que poseen, son de propiedad conjunta o están siendo adquiridos por los miembros del grupo familiar. Marque no, si no hay ninguno.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | A anualidades** | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuentas individuales de dinero indio (IIM)* |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bienes propiedad de otra persona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herencia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Parcelas de entierro | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Patrimonio vitalicio/arrendamiento vitalicio |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Artículos del espacio funerario (ataúd, bóveda, marcador, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Derechos minerales (petróleo, gas, grava, carbón, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuentas comerciales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuenta del mercado monetario |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dinero en mano | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Notas o Contrato de Escritura |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Certificados de depósito | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Planes funerarios prepagos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuentas corrientes/de cooperativas de crédito | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bienes inmuebles (terrenos, propiedades de alquiler, edificios, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuenta de tarjeta de débito (no cuenta corriente ni de ahorros) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fondos de jubilación (IRA/KEOGH/401K) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Equipo agrícola, Ganado, Grano almacenado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Bonos de Ahorro |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Casa/Casa móvil (no ocupada por el propietario) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuentas de cooperativas de ahorro/crédito |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Casa/Casa móvil (ocupada por el propietario) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fideicomisos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herramientas/equipos para generar ingresos | Otro, especifique: _____ | |

* No se requiere información de IIM para la cobertura de atención médica.

** De conformidad con 42 USC 1396p(e), como condición para la prestación de asistencia médica para servicios de atención a largo plazo, el solicitante debe revelar una descripción de cualquier interés que el solicitante o su cónyuge comunitario tenga en una anualidad. El Estado se convierte en beneficiario remanente de dicha anualidad en virtud de la prestación de asistencia médica.

Para todos los elementos marcados sí, complete las casillas a continuación:

Tipo de activo	Descripción de la ubicación	Valor total	Cantidad adeudada	Propietarios

Enumere los miembros del grupo familiar que hicieron arreglos para los gastos funerarios o dieron dinero, propiedad o seguro a otra persona para pagar los gastos funerarios:

Explique:

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

Transferencia de activos

¿Los miembros del grupo familiar vendieron, regalaron o transfirieron algo de valor en los últimos

3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, enumere los elementos:	Fecha:
5 años? (no aplica para SNAP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, enumere los elementos:	Fecha:

¿Hay algún activo sujeto a una "Transferencia por defunción"? (No aplica para SNAP). Sí No

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

Solicitud de asistencia - Sección 4

Complete la Sección 4 si está solicitando:

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

Cuéntenos el valor de sus gastos de vivienda

Marque sí por cada gasto que tengan los miembros del grupo familiar durante cualquier época del año. Marque no, si no hay ninguno.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aire acondicionado o aire central | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alquiler de lote |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tarifas de condominio | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Impuestos sobre la propiedad (no pago interno) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Electricidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alquiler |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Basura | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Instalación o mantenimiento de alcantarillado/tanque séptico |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Calefacción (gas, propano, eléctrica, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Teléfono/Celular |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro de propietarios de vivienda (no pago interno) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Uso de un garaje |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pago de la casa (hipoteca) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Instalación o mantenimiento de agua/pozos |

Para todos los elementos marcados sí, complete las casillas a continuación:

Tipo de gasto	¿Quién paga el gasto?	Cantidad total	Cantidad que paga el miembro del grupo familiar
¿Los miembros del grupo familiar trabajan para cubrir parte de un gasto (alquiler, alquiler del lote, servicios públicos, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete la línea a continuación:			
Enumere los gastos:		Cantidad trabajada:	
¿Reciben los miembros del grupo familiar asistencia para calefacción (LIHEAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Los miembros del grupo familiar planean solicitar asistencia para calefacción (LIHEAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Espera cambios en los gastos (alquiler, alquiler de lote, servicios públicos, etc.) el próximo mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explique:			
¿Alguien le ayuda a pagar estos gastos (agencia gubernamental, familiar, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete la línea a continuación:			
Enumere los gastos:	Nombre de la persona que paga el gasto:	Cantidad pagada:	

Agency Use Only

Household is entitled to one of the following mandatory utility standards:
<input type="checkbox"/> HL SU (heating/cooling/LIHEAP)
<input type="checkbox"/> LU SA (water, sewer, garbage, electricity, telephone)
<input type="checkbox"/> MU (water, sewer, garbage, electricity)
<input type="checkbox"/> TL (telephone only)

Cuéntenos sobre los gastos de los miembros del grupo familiar de edad avanzada o discapacitados

¿Los miembros del grupo familiar que están discapacitados o tienen 60 años o más pagan seguro médico o gastos médicos? (incluye visitas al médico, atención dental y oftalmológica, facturas hospitalarias, atención interna, atención en un asilo de ancianos, recetas, suministros médicos, audífonos, anteojos y lentes de contacto, y el costo de transporte y alojamiento para obtener tratamiento médico). Sí No

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

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

¿Pagan los miembros del grupo familiar el cuidado de dependientes adultos? Sí No

¿Pagan los miembros del grupo familiar honorarios de representante del beneficiario? 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:

Razón por la que no pueden trabajar:

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

Fecha en que terminó el empleo:	Nombre del empleador:
---------------------------------	-----------------------

Razón para dejar el empleo:

Cesante Renuncia Despedido Huelga
 Lesión Enfermedad Licencia
 Otra, especifique: _____

Fecha del cheque de pago final recibido por el miembro del grupo familiar:

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

Fecha reducida:	Razón reducida:
-----------------	-----------------

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

Fecha de rechazo:	Motivo del rechazo:
-------------------	---------------------

Cuéntenos sobre actividades ilegales y descalificaciones

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

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar se esconde o huye de la ley para evitar ser procesado, detenido, encarcelado, por un delito grave o intento de delito grave? Sí No

¿Alguien en el grupo familiar ha sido condenado por abuso sexual con agravantes federales, asesinato, explotación y abuso sexual de niños o agresión sexual? Un delito según la ley estatal que el Fiscal General determine que es sustancialmente similar a los delitos descritos anteriormente tampoco será elegible para los beneficios SNAP. Una condena por uno de los delitos enumerados solo hace que una persona no sea elegible si la condena es por una conducta realizada a partir del 7 de febrero de 2014. Sí No

¿Está usted o algún miembro de su grupo familiar violando una condición de libertad condicional o libertad condicional? Sí No

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar ha sido condenado por comprar o vender beneficios SNAP por más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

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

¿Está usted o algún miembro de su grupo familiar descalificado o alguna vez usted o algún miembro de su grupo familiar ha sido descalificado de SNAP o TANF por proporcionar información incorrecta o no proporcionar información que afectó la elegibilidad o los beneficios de SNAP o TANF? Sí No

Solicitud de asistencia - Sección 5

Complete la Sección 5 si está solicitando:

- Programa de Asistencia de Atención Básica (BCAP)
- Cobertura de Atención Médica (HCC)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Cuéntenos sobre su grupo familiar		
He/hemos vivido en Dakota del Norte desde (mes, día y año):		
¿Tiene intención de permanecer en Dakota del Norte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Enumere los miembros del grupo familiar que sean veteranos, cónyuges, padres o dependientes de un veterano, o que sean miembros en servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE. UU.:		
Nombre de los hijos cuyo nombre del padre no figura en el certificado de nacimiento: ***		
Nombre de cada miembro del grupo familiar que está embarazada:		
¿Cuántos bebés nacerán?	Fecha de vencimiento:	Nombre del padre del bebé por nacer: ***
¿Cómo se determinó el embarazo? ***		
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Agencia de Salud Pública <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo casera <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____		
¿Paga por los servicios de tutela o curador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

*** Esta información no es necesaria para determinar la elegibilidad para la Cobertura de Atención Médica

Cuéntenos sobre los padres que no viven en el hogar

Enumere cada niño menor de 21 años cuyos padres no viven en el hogar:

Nombre del niño cuyo padre no vive en el hogar	Nombre del padre que vive en el hogar Quién no está en casa	*** Fecha de nacimiento de los padres	*** Número de Seguro Social de los padres	* Razón por la que el padre no vive en el hogar
				Utilice los códigos siguientes
	Madre:			
	Padre:			
	Madre:			
	Padre:			
	Madre:			
	Padre:			
	Madre:			
	Padre:			

Códigos de motivo:

AB - Abandono	DI - Divorciado	MS - Servicio militar	WO - Trabaja fuera de la ciudad o del estado
AN - Legalmente Anulado	JP - Cárcel/Prisión	NM - Nunca se casó	
AS - Escolarizado	LW - Buscando trabajo	TR - Derechos de los padres terminados	
DE - Fallecido	MC - Atención médica	SE - Separado	

*** Esta información no es necesaria para determinar la elegibilidad para la Cobertura de Atención Médica

Cuéntenos sobre su seguro de vida (no es necesario para la cobertura de atención médica a menos que tenga más de 65 años o esté discapacitado)

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

¿Se designó un fondo de entierro detallado e irrevocable? Sí No En caso afirmativo, complete los cuadros a continuación:

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

Cuéntenos sobre su cobertura de seguro médico

Enumere los miembros del grupo familiar que tienen seguro médico: Proporcione copia, anverso y reverso, de la tarjeta del seguro.

Personas cubiertas	Nombre y dirección del titular de la póliza	Nombre, dirección y número de teléfono del seguro médico	Fecha de entrada en vigencia	Número de póliza	Número de grupo	Prima mensual	Tipo de Cobertura
							Utilice los códigos siguientes

Enumere todo lo que corresponda

A - Hospital	E - Visión	I - Seguro HMO	N - Seguro de medicamentos recetados
B - Médico	F - Hogar de ancianos	J - Orden judicial	P - Compensación laboral o accidente
C - Médico principal/ Laboratorio/Rayos X	G - Cáncer	K - Parte A de Medicare	V - Administración de veteranos
D - Dental	H - Champus/Tricare	L - Parte B de Medicare	W - Parte D de Medicare
		M - Suplemento/Ventaja de Medicare	

¿Alguna de las pólizas enumeradas anteriormente tiene cobertura COBRA? Sí No En caso afirmativo, nombre del seguro médico

Fecha de inicio de la cobertura COBRA Fecha o fecha prevista de finalización de la cobertura COBRA

¿Alguna de las pólizas enumeradas anteriormente es un plan de salud para jubilados? Sí No En caso afirmativo, nombre del seguro médico

¿Alguna de las pólizas enumeradas anteriormente es un plan de beneficios limitados (como una póliza contra accidentes escolares)? Sí No En caso afirmativo, nombre del seguro médico

¿Alguna de las políticas es un plan estatal de beneficios para empleados? Sí No

¿Algún miembro fuera del grupo familiar paga la prima? Sí No En caso afirmativo, ¿quién?

¿Esperan los miembros del grupo familiar cambios en la cobertura del seguro médico? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Algún miembro en su grupo familiar tenía seguro médico a continuación: cancelado o suspendido en los últimos 3 meses? Sí No En caso afirmativo, explique:

Nombre de la persona a quien se le canceló o suspendió el seguro:	Fecha de finalización de la cobertura:
---	--

Motivo por el que se canceló o suspendió el seguro:	
¿Tiene el miembro del grupo familiar una póliza de seguro de cuidados a largo plazo que haya pagado beneficios por servicios de cuidados a largo plazo (cuidados de enfermería, cuidados básicos o vida asistida)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Esta información puede permitirle proteger activos adicionales.	
En caso afirmativo, quién:	¿Cuánto ha pagado la póliza en beneficios?

Díganos dónde obtuvo esta solicitud (opcional)

¿Dónde obtuvo esta solicitud de cobertura de atención médica (marque solo una)?

- | | | | | |
|---|---|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-877-KIDS-NOW | <input type="checkbox"/> Centro de cuidados diurnos | <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> Capitolio en Bismarck | <input type="checkbox"/> Organización basada en la fe | <input type="checkbox"/> Agente de seguros | <input type="checkbox"/> Agencia de Salud Pública | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Coordinador de recursos comunitarios | <input type="checkbox"/> Despensa de alimentos | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Escuela | |
| | <input type="checkbox"/> Amigo/Pariente | <input type="checkbox"/> Proveedor médico | <input type="checkbox"/> Agencia de servicios humanos | |

Díganos cómo o dónde se enteró de la cobertura de atención médica (opcional)

¿Cómo se enteró de la cobertura de atención médica en Dakota del Norte (marque solo una)?

- | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Club de negocios/servicios | <input type="checkbox"/> Despensa de alimentos | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Agencia de Salud Pública | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> Capitolio en Bismarck | <input type="checkbox"/> Amigo/Pariente | <input type="checkbox"/> Proveedor médico | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidados diurnos | <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Periódico/Revista/Boletín | <input type="checkbox"/> Agencia de servicios humanos | |
| <input type="checkbox"/> Organización basada en la fe | <input type="checkbox"/> Agente de seguros | <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Televisión | |

Información sobre otros servicios para niños y familias

Manutención infantil

La manutención infantil (CS) puede ayudar a los niños a obtener cobertura médica y financiera de padres que no viven en el hogar y a quienes se les ha ordenado o pueden recibir una orden judicial para brindar cobertura médica o financiera.

Cobertura de Medicaid

Si un niño es elegible para Medicaid y uno de los padres no vive en el hogar, podemos hacer una derivación a CS. No haremos una derivación para niños cuando no haya ningún adulto que solicite cobertura de Medicaid, a menos que el niño esté en un hogar de acogida o cuando la única adulta elegible esté embarazada. Si no se realiza una derivación, pero desea ayuda con CS, comuníquese con ellos al 701-328-5440 o al 1-800-231-4255.

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Si recibe 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 establecer y hacer cumplir la manutención de los hijos.

Si está interesado en recibir cobertura de Medicaid o TANF para usted o sus hijos y no desea asistencia de CS porque su cooperación podría no ser lo mejor para su hijo (ejemplo: situación de violencia doméstica), puede reclamar "Buena causa". Si lo hace, se le enviará el formulario SFN 446 para proporcionar información adicional para que podamos decidir si existe una "buena causa".

¿Está interesado en reclamar una "buena causa" para no cooperar con la manutención infantil? Sí No

Reclamar una "buena causa" no afecta su elegibilidad ni la de su hijo para Medicaid y TANF.

La falta de cooperación con CS no afecta la elegibilidad de su hijo para Medicaid. Sin embargo, si decide no cooperar con los esfuerzos de CS y no ha reclamado "buena causa" o su reclamación de "buena causa" ha sido denegada, no será elegible para la cobertura de Medicaid ni los beneficios de TANF. Sin embargo, sus hijos seguirán siendo elegibles para Medicaid, siempre que cumplan con todos los demás requisitos del programa.

Solicitud de asistencia - Sección 6

Complete la Sección 6 si está solicitando:

● Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP)

Cuéntenos sobre su grupo familiar

Valor total estimado de los bienes de su grupo familiar

¿Su grupo familiar se encuentra actualmente sin hogar? Sí No
 *Si su dirección actual es un lugar de vivienda temporal, puede cumplir con la definición de persona sin hogar. Consulte la sección del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP) de la Guía de Solicitud de Asistencia.

¿Un padre o cuidador está actualmente en servicio activo en el ejército de los EE. UU.? Sí No

¿Un padre o cuidador es actualmente miembro de la Guardia Nacional o de una unidad militar? Sí No

Cuéntenos sobre sus necesidades de cuidado infantil

¿Su grupo familiar necesita ayuda con los costos de cuidado infantil del último mes? Sí No

Si solicita cuidado infantil para el último mes, proporcione verificación de todos los ingresos recibidos el mes pasado y un cronograma de cuándo participó en la actividad para la que solicita asistencia.

Calendario de actividades

Nombre del padre o cuidador que participa en la actividad:

Actividad permitida:

Empleo Escuela secundaria/Examen general equivalente a diploma secundaria

Educación posterior a la secundaria Capacitación

Otra, especifique: _____

Proporcione un cronograma de cuándo participa en cada actividad

Nombre del niño que necesita cuidado (Si el niño acude a más de un proveedor durante esta actividad, complete una línea separada para cada proveedor). Complete una línea para cada niño que necesite cuidado para esta actividad.	Hora en que:		¿Asiste este niño a preescolar, Head Start, primaria, escuela, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado y escuela del niño Hora en que comienza y termina el día escolar Proporcione una copia del horario del año escolar del niño.	Nombre, dirección, ciudad, Estado, código postal y número de teléfono del proveedor de cuidado infantil Número de licencia y fecha de vencimiento del proveedor	Tipo de proveedor
	Se deja al niño con el proveedor	Se recoge a niño del proveedor				Utilice los códigos siguientes
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

AR - Pariente aprobado EN - En casa NF - No pariente NG - Grupo
 RF - Pariente SD - Declaración TR - Registro tribal CT - Centro

Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada.

Calendario de actividades

(Complete esta sección si participa en más de una actividad o para un segundo padre [si ambos padres están en el hogar])

Nombre del padre o cuidador que participa en la actividad:

Actividad permitida:

Empleo Escuela secundaria/Examen general equivalente a diploma secundaria Educación posterior a la secundaria

Capacitación

Otra, especifique: _____

Proporcione un cronograma de cuándo participa en cada actividad

Nombre del niño que necesita cuidado (Si el niño acude a más de un proveedor durante esta actividad, complete una línea separada para cada proveedor). Complete una línea para cada niño que necesite cuidado para esta actividad.	Hora en que:		¿Asiste este niño a preescolar, Head Start, primaria, escuela, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado y escuela del niño Hora en que comienza y termina el día escolar Proporcionar una copia del calendario del año escolar del niño.	Nombre, dirección, ciudad, Estado, código postal y número de teléfono del proveedor de cuidado infantil Número de licencia y fecha de vencimiento del proveedor	Tipo de proveedor
	Se deja al niño con el proveedor	Se recoge a niño del proveedor				Utilice los códigos siguientes
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

AR - Pariente aprobado **EN** - En casa **NF** - No pariente **NG** - Grupo
RF - Pariente **SD** - Declaración **TR** - Registro tribal **CT** - Centro

Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada.

Cuéntenos sobre su educación/capacitación posterior a la secundaria

Enumere todos los miembros del grupo familiar que actualmente asisten a educación/capacitación posterior a la secundaria:

Nombre de escuela:

Curso de estudio: _____ Grado previsto: _____

Duración del curso: _____ Fecha de finalización prevista: _____

¿Cuál es tu educación más alta completada?
 Ninguna Escuela secundaria Certificado Diplomado Licenciatura Maestría Fecha de finalización: _____

Si hay un segundo padre o cuidador en su grupo familiar, ¿cuál es su educación más alta completada?
 Ninguna Escuela secundaria Certificado Diplomado
 Licenciatura Maestría Fecha de finalización: _____

Solicitud de asistencia - Sección 7

Lea y firme la Sección 7, si solicita cualquiera de los siguientes:

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

Lea la siguiente información

He recibido, revisado y entiendo mis derechos y responsabilidades como se explica en la Guía.

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

Entiendo que la información sobre mi condición de extranjero y otra información se verificarán cuando se encuentren discrepancias. La condición de extranjero de los miembros del grupo familiar solicitante puede estar sujeta a verificación por parte de USCIS mediante la presentación de información de la solicitud a USCIS. La verificación recibida puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios.

Entiendo que la información que proporciono en esta solicitud o junto con ella está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si la información es correcta, lo que puede incluir verificación electrónica. Si alguna información es incorrecta, la determinación de elegibilidad de un grupo familiar y el nivel de beneficios pueden verse afectados. Puedo estar sujeto a un proceso penal por proporcionar a sabiendas información incorrecta.

Acepto informar a la oficina de la zona de servicios humanos cualquier cambio en ingresos, bienes o condiciones de vivienda según sea necesario.

Entiendo que no recibiré una deducción por ningún gasto permitido que no informe ni proporcione pruebas.

Me han informado que mi grupo familiar está autorizado a recibir servicios de información y referencia de TANF. Me han entregado la Guía que tiene información sobre estos servicios.

Una persona que infrinja cualquiera de las reglas a propósito puede ser excluida de SNAP durante un año o permanentemente, recibir una multa de hasta \$250 000, ser encarcelada hasta 20 años o ambas cosas. Un individuo también puede estar sujeto a procesamiento bajo otras leyes federales y estatales aplicables y también puede ser excluido de SNAP por 18 meses adicionales si así lo ordena el tribunal.

Cualquier miembro del grupo familiar que infrinja intencionalmente las reglas no podrá recibir beneficios de SNAP durante un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y permanentemente por 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 por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia lo declara culpable de haber utilizado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, no será elegible permanentemente para participar en SNAP tras la primera infracción.

Si un tribunal de justicia lo declara culpable de haber traficado con beneficios por un monto total de \$500 o más, no será elegible permanentemente para participar en SNAP tras la primera infracción.

Si se descubre que ha hecho una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios de SNAP simultáneamente, no será elegible para participar en SNAP por un período de 10 años.

Declaración de no discriminación de SNAP y FDPIR para el formulario de solicitud conjunta

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Los programas que reciben asistencia financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y los programas que el HHS opera directamente también tienen prohibido discriminar según las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener la información del programa (como braille, letras grandes, grabaciones de audio, lenguaje estadounidense de señas) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) ante la cual solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Sistema de Transmisión Federal: (800) 877--8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del inglés.

QUEJAS DE DERECHOS CIVILES QUE IMPLICAN PROGRAMAS DEL USDA

El USDA brinda asistencia financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) y otros. Si desea presentar una queja por discriminación en el programa, puede completar el formulario de queja por discriminación del programa del (AD-3027) que se encuentra en línea, en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, y en cualquier oficina del USDA, o bien puede escribir una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA a través de los siguientes medios:

- (1) **por correo:** Food and Nutrition Service
USDA1320 Braddock Place, Room
334 Alexandria, VA 22314; o
- (2) **por fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **por teléfono:** (833) 620-1071; o
- (4) **por correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Para cualquier otra información sobre cuestiones de SNAP, las personas deben comunicarse con el número de línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llame a los [números de línea directa/información estatal](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de líneas directas por estado) que se encuentran en línea en: [SNAP Hotline](#)

QUEJAS DE DERECHOS CIVILES QUE IMPLICAN PROGRAMAS DEL HHS

El HHS brinda asistencia financiera federal para muchos programas destinados a mejorar la salud y el bienestar, incluidos TANF, Head Start, el Programa de asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado por su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluido el embarazo, orientación sexual e identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS opera directamente o en los que el HHS proporciona asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) para usted o para otra persona.

Para presentar una queja de discriminación para usted o para otra persona con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del Portal de quejas de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correo a: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; por fax al: (202) 619-3818 o por correo electrónico: OCRcorreo@hhs.gov. Para un procesamiento más rápido, le recomendamos que utilice el portal en línea de la OCR para presentar quejas en lugar de hacerlo por correo. Las personas que necesitan ayuda para presentar una queja de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRmail@hhs.gov o llamar a la OCR sin costo al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con problemas de audición o del habla, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos formatos alternativos (como Braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística de forma gratuita para presentar una queja.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, orientación sexual, religión, represalias, y, cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se derivan de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las categorías prohibidas se aplicarán a todos los programas o actividades laborales).

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), escriba:

Centralized Case Management Operations US Department Of Health And Human Services 200 Independence Ave SW Room 509F HHH BLDG Washington D.C. 20201	1-800-368-1019 TTY: 1-800-537-7697 FAX: (202) 619-3437 Correo electrónico: ocrcomplaint@hhs.gov
--	--

El HHS es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Dakota del Norte tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, sexo, incluida la identidad de género y la orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, religión o estatus con respecto al matrimonio o la asistencia pública, y en algunos casos creencias políticas.

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa ofrecido por el HHS, envíe una queja por escrito a:

Department of Health and Human Services Legal Division 600 E. Boulevard Ave Dept. 325 Bismarck ND 58505-0250	(701) 328-2311 TTY 711 FAX: (701) 328-2173 Correo electrónico: dhslau@nd.gov
---	--

Recuperación de patrimonio

Las leyes estatales y federales exigen que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Departamento) presente reclamaciones contra el patrimonio de un miembro de Medicaid que: (1) tenía 55 años o más cuando el individuo recibió los servicios de Medicaid; (2) que haya estado institucionalizado permanentemente y haya recibido servicios, independientemente de su edad; o (3) es cónyuge de un miembro de Medicaid que tenía 55 años o más o estaba institucionalizado permanentemente cuando se proporcionaron los beneficios de Medicaid. A partir del 1 de agosto de 2015, excepto por la parte del pago realizado a un proveedor privado por servicios de centros de enfermería, servicios domiciliarios y comunitarios y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados recibidos mientras se está en un asilo de ancianos o mientras se reciben servicios domiciliarios y comunitarios, el Departamento no puede presentar una queja contra el patrimonio para recuperar pagos realizados en nombre de miembros que recibieron cobertura a través de un proveedor privado. A partir del 1 de enero de 2020, los servicios de farmacia ya no son parte de la cobertura a través de un proveedor privado, son proporcionados por el Departamento y están sujetos a la recuperación del patrimonio de Medicaid. Las personas elegibles bajo la cobertura de Expansión de Medicaid reciben su cobertura a través de un proveedor privado.

Autorización para divulgar información

Yo/nosotros autorizamos a cualquier persona que tenga la custodia o el conocimiento de la información relacionada conmigo o con otros miembros del grupo familiar a revelar cualquier información solicitada, incluida información confidencial que no sea información de salud protegida, a cualquier agente autorizado del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Esta autorización seguirá siendo válida hasta 90 días después del cierre o hasta que sea revocada por escrito. Yo/nosotros autorizamos a Child Support a divulgar cualquier registro de pagos de manutención infantil que hayamos realizado o recibido. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firme y feche la solicitud aquí

Al firmar con mi nombre, doy fe de que he leído y acepto la información contenida en la Sección 7 de esta solicitud.

Entiendo que al marcar esta casilla y escribir mi nombre a continuación, firmo electrónicamente esta Solicitud de asistencia SFN 405. Estoy de acuerdo en que mi firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita.

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

Consulte el paso 2 de la página de instrucciones después de completarlo