

## FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

### Programa de asistencia para la nutrición suplemental (SNAP), Medicaid, asistencia en efectivo

Si Ud. necesita este formulario en español, comuníquese con su trabajador(a).

Responda todas las preguntas del formulario. Debe firmar y poner la fecha en la última página de la solicitud de recertificación para que sea válida.

Si desea recibir otro tipo de asistencia que aún no recibe, comuníquese con su trabajador del caso y pida un formulario de solicitud HSD100.

#### Sección 1: Dirección

Escriba su dirección actual y su dirección postal. ¿Se trata de una nueva dirección? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Dirección residencial - No. y calle/carretera Rt. /No. de Apt.	Ciudad Estado Código postal
Dirección residencial si es diferente - No. y calle/carretera Rt./No. de Apt.	Ciudad Estado Código postal
	Fecha del cambio
	Numero de teléfono

#### Sección 2: Cuéntenos acerca de las personas que viven con usted:

Enumere a todas las personas que viven en su hogar, incluso si no desea solicitar beneficios para ellos. Solo debe brindarnos la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los miembros del hogar para los cuales está solicitando beneficios. El SSN es opcional para las personas que no están solicitando asistencia médica, sin embargo si proporciona un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. No es necesario que sea ciudadano estadounidense para solicitar los beneficios. Recibir beneficios del SNAP o de alimentos, de energía o de asistencia médica no evitará que se convierta en residente permanente legal o ciudadano estadounidense. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten los beneficios para ellos mismos no deben proporcionar información sobre su estado migratorio, sus números de Seguro Social ni cualquier otra prueba similar, sin embargo, deben proporcionar una prueba de sus ingresos y de los bienes que poseen debido a que parte de sus ingresos y los bienes que poseen pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del hogar para recibir asistencia. Es posible que ciertos beneficios estén disponibles para personas sin número de Seguro Social; consulte en la ISD. Si necesita, use una hoja adicional para los miembros adicionales del hogar que no entran en esta página.

**Indique los nombres y la información de usted y de todas las personas que viven con usted:**

Nombre (Primer y apellido)	Relación	Género M/F	Fecha de nacimiento	Etnicidad Hispánico S/N (Opcional)	Raza (Opcional) 1-5	Afiliación tribal	N.º Seguro Social (SSN)	Estado migratorio de ciudadanía 1 a 15 (ver a continuación)	¿Presentará sus declaraciones de impuestos federales para el año actual? S/N	¿Usted reclamará a esta persona en su declaración de impuestos para el año actual? S/N
1.	(Uno mismo)									
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										

#### Complete esta sección únicamente para cada persona que está solicitando los beneficios.

**Raza:** Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su raza y escriba los números más arriba.

- 1 - Indígena americano nativo de Alaska
- 2 - Asiático
- 3 - Negro o afroamericano
- 4 - Nativo de Hawái o habitante de otra isla del Pacífico
- 5 - Blanco

**Ciudadanía/Estado migratorio:** Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su ciudadanía estadounidense o estado migratorio y escriba los números más arriba.

- 1 - Ciudadano estadounidense
- 2 - Residente permanente legal (LPR)
- 3 - Refugiado
- 4 - Asilado
- 5 - Inmigrantes cubanos y haitianos
- 6 - Asiático-estadounidenses
- 7 - Admitida en los Estados Unidos condicionalmente durante 1 año
- 8 - Apilazamiento de deportación o retiro
- 9 - Mujer o niños golpeados
- 10 - Veteranos, militares en servicio activo
- 11 - Tíhu himong o laostiana
- 12 - Víctima de tráfico de personas
- 13 - Mujer embarazada con residencia legal
- 14 - Menor con residencia legal
- 15 - Otro

¿Alguna persona que viva en su hogar está embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser SÍ, ¿quién? _____			
¿Todos compran y preparan las comidas juntos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿Hay algún miembro de la familia que este en prisión (detenido o encarcelado)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser SÍ, ¿quién? _____	¿Dónde? _____		
		Fecha de la entrada en prisión _____	Fecha de liberación _____		
<b>Sección 3: ¿Ha habido un cambio en la información de la declaración de impuestos federales?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
<b>DE SER SÍ: Enumere a todas las personas que figuran en la sección 2 que presentan sus propios impuestos. *El solicitante todavía puede recibir Medicaid si no presentan sus declaraciones de impuestos federales. (Únicamente para Medicaid)</b>					
Nombre del contribuyente 1: _____					
¿A quiénes reclamará de la sección 2? _____					
Nombre del contribuyente 2: _____					
¿A quiénes reclamará de la sección 2? _____					
Nombre del contribuyente 3: _____					
¿A quiénes reclamará de la sección 2? _____					
<b>Sección 4: ¿Se ha mudado alguien a otro lugar?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO De ser SÍ, complete la información en esta sección.					
Nombre			Explique por qué ya no vive en su casa		
<b>Sección 5: ¿Hay un nuevo solicitante que asista a la escuela?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
¿Ha habido un cambio en la condición de estudiante de alguno de los actuales miembros de su hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
<b>DE SER SÍ: Complete la siguiente información.</b>					
Nombre de la persona que asiste a la escuela	Nombre de la escuela	Asiste a un internado	Grado	Medio tiempo o tiempo completo	Fecha de graduación
		<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			
<b>Sección 6: ¿Hubo algún cambio en el monto del ingreso que recibe su hogar proveniente del empleo?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
¿Tiene un nuevo empleador? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
<b>DE SER SÍ: Complete la siguiente información.</b>					
<b>SNAP: Proporcione pruebas de ingresos correspondientes a los últimos 30 días ÚNICAMENTE si su empleador ha cambiado, o si su ingreso mensual ha aumentado o se ha reducido en más de \$50 por mes.</b>					
<b>Otros programas: Proporcione pruebas de todo ingreso nuevo o diferente correspondiente a los últimos 30 días.</b>					
Nombre de la persona que está trabajando: _____	Lugar de trabajo: _____		Fecha en que comenzó este empleo: _____		¿Con qué frecuencia se le paga? <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Una vez por mes <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Otro: _____
Nombre de la persona que está trabajando: _____	Lugar de trabajo: _____		Fecha en que comenzó este empleo: _____		¿Con qué frecuencia se le paga? <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Una vez por mes <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Sección 7: ¿Hubo algún cambio en el ingreso familiar de una fuente que no sea el trabajo?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
<b>DE SER SÍ: Complete la siguiente información.</b>					
<b>SNAP: Proporcione pruebas de ingresos correspondientes a los últimos 30 días ÚNICAMENTE si ha cambiado la fuente del ingreso o si el monto del ingreso mensual ha aumentado o se ha reducido en más de \$50 por mes.</b>					
<b>Otros programas: Proporcione pruebas de todo ingreso nuevo o diferente correspondiente a los últimos 30 días.</b>					
Enumere todos los cheques o dinero recibido por usted o cualquier otro miembro del hogar. Por ejemplo - Seguro Social, SSI, VA, beneficios de desempleo, compensación a trabajadores, manutención infantil, asignaciones militares, contribuciones, dividendos, subvenciones, préstamos, BIA-GA, fondos individuales de los indígenas, y cualquier otro dinero o fondos recibido de cualquier otra fuente.					
Miembro de la familia que recibe dinero	El que lo provee o la fuente de este dinero	Monto del ingreso	¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso? (mensualmente, semanalmente, etc.)	¿Cuándo comenzó a recibir este ingreso?	



<b>Sección 8: ¿Han cambiado sus recursos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ: Complete la Información en esta sección.</b>			
Los recursos son, por ejemplo, efectivo, dinero en cuentas de ahorros, acciones, bonos, casas rodantes, embarcaciones, vehículos recreativos (RV), terrenos que pertenecen a su familia pero no son habitados por ella, liquidaciones en efectivo o cualquier otra cosa que pueda venderse o convertirse en efectivo. Complete la sección a continuación y envíe prueba de estos recursos. Use una hoja de papel adicional si necesita explicar.			
Nombre de la persona	Tipo de propiedad o ahorro	Valor en \$	Año / marca / modelo
<b>ÚNICAMENTE PARA MEDICAID: ¿Ha transferido usted o alguna persona que vive con usted algo de valor en los últimos 5 años (60 meses)?</b>			
Opciones transferidas	¿A quién fueron transferidas?	Valor en \$	Fecha de la transferencia
<b>Sección 9: Costos de vivienda- ¿Ha cambiado el costo de sus facturas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ: Complete la información en esta sección. Si no informa ninguno de los gastos a continuación, no recibirá una deducción por los mismos. ÚNICAMENTE para Medicaid para atención en instituciones: Complete la información en esta sección si sus facturas han aumentado o disminuido mensualmente o si se ha mudado y proporcione pruebas.</b>			
<b>Vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Alquiler o hipoteca de la vivienda \$ _____ <input type="checkbox"/> El alquiler incluye los servicios \$ _____ <input type="checkbox"/> Vivienda del HUD/Sección 8 \$ _____ <input type="checkbox"/> Vive con familiares o amigos \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro para el hogar \$ _____ <input type="checkbox"/> Propietario de mi hogar \$ _____ <input type="checkbox"/> Impuestos \$ _____ <input type="checkbox"/> Se proporciona vivienda sin cargo		<b>Servicios:</b> <input type="checkbox"/> Se incluyen en el alquiler <input type="checkbox"/> Gas/butano <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Residuos/alcantarillado <input type="checkbox"/> Compra de pastillas <input type="checkbox"/> Compra de madera <b>Programa de asistencia de energía para personas de bajos ingresos (LIHEAP):</b> ¿El LIHEAP o cualquier otra persona le ayudó a pagar los costos de calefacción o refrigeración en el último año en su dirección actual? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>Sección 10: ¿Ha cambiado el monto que paga por sostenimiento de niños? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Solamente SNAP, efectivo y Medicaid para atención en instituciones)</b>			
<b>¿Ha cambiado la cantidad que paga de manutención conyugal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Solamente Medicaid para atención en instituciones)</b>			
<b>DE SER SÍ: Complete la Información en esta sección.</b>			
¿Usted o alguien en su grupo familiar <u>paga manutención por orden judicial</u> a una persona que vive fuera de su grupo familiar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
De ser SÍ: Complete la siguiente sección.			
¿Quién paga? _____ ¿A quién? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____		¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Ha cambiado la cantidad que la corte le indicó a pagar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es así, debe mostrar prueba de la orden judicial para pagar manutención y todos los pagos hechos en los últimos tres meses.	
<b>Sección 11: ¿Hubo algún cambio en el cuidado para dependientes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Solamente SNAP o efectivo)</b>			
<b>DE SER SÍ: Complete la información en esta sección. Si no informa ninguno de los gastos a continuación, no recibirá una deducción por los mismos.</b>			
¿Usted o alguien en su grupo familiar paga a un tercero por cuidar de sus hijos o a una persona discapacitada o mayor, para poder trabajar, asistir a la escuela o buscar trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿Para quién? _____ ¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? (Mensualmente, semanalmente, etc.) _____		Nombre del cuidador o guardería: _____ Millaje por el viaje ida y vuelta para cuidado de dependiente: _____ Número de teléfono: _____ ¿Recibe ayuda para pagar por el cuidado de niños? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>Sección 12: ¿Han cambiado los gastos médicos para las personas discapacitadas o mayores de 60 años? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Solamente SNAP y Medicaid para la atención en instituciones) DE SER SÍ: Complete la información en esta sección.</b>			
Estos gastos incluyen facturas médicas no cubiertas por el seguro, recetas, primas de seguros de salud u otros servicios médicos. Para SNAP: Debe proporcionar pruebas a su trabajador del caso si el monto aumentó en \$25 o más. Para Medicaid para atención en instituciones: Debe proporcionar prueba de todos los gastos a su trabajador del caso.			
Cantidad pagada o adeudada por mes: \$ _____ ¿Recibe una tarjeta de prescripciones de Medicaid? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>Sección 13: ¿Hay un nuevo solicitante para el seguro de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</b>			
<b>¿Algún miembro de su hogar tiene cambios en su seguro de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Solamente para Medicaid)</b>			
¿Quién perdió el seguro de salud? _____ ¿Quién tiene seguro de salud? _____ ¿Quién es el titular principal de la póliza? _____ ¿Cuándo comenzó el seguro? _____ ¿Cuál es el número de póliza? _____ Adjunte una copia de las tarjetas de ser posible.			

**Sección 14: Información acerca de las sanciones (solamente para SNAP y efectivo)**

Si hace alguna de las siguientes:	Perderá sus beneficios por:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ocultar información o formular falsas declaraciones</li> <li>▪ Usar una tarjeta EBT que le pertenezca a otra persona</li> <li>▪ Usar los beneficios de estampillas de alimentos para comprar alcohol o tabaco</li> <li>▪ Intercambiar o vender beneficios o tarjetas EBT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 12 meses la primera vez</li> <li>▪ 24 meses la segunda vez</li> <li>▪ Permanentemente la tercera vez</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intercambiar beneficios de estampillas de alimentos por sustancias controladas; como ser drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 24 meses la primera vez, y</li> <li>▪ Permanentemente la segunda vez</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intercambiar beneficios de estampillas de alimentos por armas de fuego, munición o explosivo</li> <li>▪ Intercambiar, vender o comprar beneficios de estampillas de alimentos por \$500 o más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permanentemente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Brindar información falsa sobre su identidad y en dónde vive para obtener beneficios de estampillas de alimentos adicionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10 años cada vez</li> </ul>

**También puede ser multado por hasta \$250.000 o enviado a la cárcel por hasta 20 años, o ambas, por hacer estas cosas. También podría ser acusado bajo leyes federales o de otro estado.**

**Sección 15: Su firma**

Debe firmar este formulario para que este informe tenga validez. No se procesará su informe a menos que esté firmado. Su firma también indica lo siguiente:

- Comprendo que hacer declaraciones falsas u ocultar información podría implicar multas estatales y federales y he proporcionado información verdadera, correcta y completa al HSD.
- La fecha de presentación es diferente si el hogar está en una institución y está solicitando SNAP y SSI al mismo tiempo. La fecha de presentación será la fecha de alta de la institución.
- Estoy declarando la identidad de los niños menores de 16 años por quienes presento las solicitudes.
- Proporcionaré pruebas de las cosas que informo al HSD. Si usted necesita ayuda, el departamento tiene la responsabilidad de ayudarlo. Dejaré que el HSD se comunique con otras personas y empresas para obtener las pruebas.
- Dejaré que el HSD brinde información limitada a las agencias aprobadas que prestan ayuda relacionada con los servicios para los que soy elegible.
- Comprendo que si recibo beneficios para los que no soy elegible, podría tener que devolver dichos beneficios al HSD.
- Sé que el HSD revisará la información que proporcioné. El HSD podría usar computadoras u otros medios para revisar la información en este formulario.
- Sé que el HSD revisará el estado migratorio de las personas que solicitan o reciben beneficios. Comprendo que el estado migratorio de cualquier miembro del hogar por quien estoy solicitando beneficios podría estar sujeto a verificación por parte del USCIS (INS) y esto podría afectar la elegibilidad del hogar y el nivel de beneficios.
- Comprendo que debo cooperar con el control de calidad (QC). QC es parte del HSD. QC revisa los casos para asegurarse de que determinemos quién puede obtener ayuda de forma correcta.
- He recibido una hoja informativa que explica mis derechos y responsabilidades, incluyendo asistencia acelerada del SNAP/alimentos, multas y violaciones al programa del SNAP/alimentos, derechos a una audiencia justa y más. Comprendo que también se me explicará esto durante mi cita para una entrevista.
- FIDEICOMISOS: comprendo que si yo o la(s) persona(s) por quien estoy solicitando beneficios, hemos establecido un fideicomiso o somos los beneficiarios de un fideicomiso, debo entregar al HSD una copia del documento de fideicomiso, incluyendo todos los anexos e información relacionada. El HSD analizará el fideicomiso para ver si afecta los beneficios de Medicaid que estoy solicitando.
- RECUPERACIÓN DE LA HERENCIA: comprendo que después de mi fallecimiento, el HSD puede presentar un reclamo contra mi herencia para recuperar los montos pagados por el estado o pagados en mi nombre por la asistencia médica brindada bajo el programa Medicaid. Este proceso se llama "Recuperación de la herencia". La "Recuperación de la herencia" es obligatoria en virtud de las leyes federales y estatales. La "Recuperación de la herencia" es obligatoria cuando los beneficiarios de Medicaid tienen cincuenta y cinco (55) años de edad o más y el estado hace pagos de asistencia médica en nombre de ellos para servicios de establecimientos de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad y/o servicios relacionados con el hospital y la prescripción de medicamentos. El monto recuperado por el HSD no excederá el monto de los pagos de asistencia médica realizados en nombre del beneficiario de Medicaid. Podrían aplicarse ciertas exclusiones.
- Comprendo que debo entregar al HSD todo dinero que reciba por los servicios médicos que ya hayan sido pagados por Medicaid. De no hacerlo, yo o la(s) persona(s) por quien estoy solicitando los beneficios, podría(n) perder la cobertura de Medicaid durante al menos un año Y hasta que Medicaid haya recibido la devolución del monto total adeudado.
- Una persona que esté solicitando o recibiendo asistencia de Medicaid deberá asignar al HSD todos los derechos contra cualquier y todo individuo por el apoyo médico o los pagos de los gastos médicos realizados en nombre del solicitante o en nombre del cliente y en nombre de cualquier otra persona por quien se hizo la solicitud o se recibió la asistencia.
- Yo, como representante autorizado, afirmo y estoy de acuerdo a estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada al solicitante o al beneficiario, no reasignaré ningún reclamo del proveedor, si correspondiere, y cumpliré con todos los requisitos establecidos en 42 CFR 435.923(d).
- Afirmo, bajo pena de perjurio, que las declaraciones realizadas sobre las personas en mi hogar, los ingresos, recursos, propiedades y demás información entregada al HSD, son verdaderas y correctas.

Firme aquí \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Número de teléfono (día) \_\_\_\_\_

