

## Health and Financial Support Application (Solicitud de apoyo de salud y financiero)

### ¿Qué tipo de ayuda desearía?

Parte A

El Department of Human Services (DHS) tiene muchos programas que le pueden ayudar a usted y a su familia. Por favor diligencie esta solicitud para que podamos ayudarle a encontrar los programas que puedan satisfacer sus necesidades.

Mire los programas que se enumeran a continuación. Escoja los programas que quiera solicitar y diligencie esas secciones de la solicitud. **Todo el mundo debe diligenciar la Parte A (rosada).**

### Food Assistance (Asistencia Alimenticia)

Parte B

El programa Food Assistance, anteriormente conocido como Food Stamps (estampillas de alimentos), le ayuda a comprar alimentos para mantener una buena salud. Usted puede obtener Food Assistance al 7° día después de solicitarlo. Esto se llama Emergency Service (Servicio de Emergencia). Si desea solicitar Food Assistance, diligencie la **Parte A (rosada)** y la **Parte B (naranja)**.

### Medicaid o State Supplementary Assistance (SSA) (Asistencia Complementaria del Estado)

Parte C

Medicaid también es conocido como Title 19 (Título 19). Le ayuda a pagar sus cuentas médicas, los medicamentos de prescripción, el cuidado de enfermeras en su casa, servicios que mantendrán a la gente en casa y fuera de un hogar de cuidados, y todo o parte de su prima de Medicare. State Supplementary Assistance es un beneficio en efectivo para ciertas personas ancianas o discapacitadas. Si desea solicitar Medicaid o State Supplementary Assistance, diligencie la **Parte A (rosada)** y la **Parte C (verde)**.

### Well-Child and Prenatal Care (Buen cuidado de los niños y prenatales) Parte D

Si está embarazada, hace poco tuvo un bebé o tiene hijos(as) menores de 5 años, puede ser elegible para el programa Women Infants and Children (WIC) (Mujer Infantes y Niños), que suministra referencias para otros servicios de salud, brinda asesoría para mantenerse sana, y cuida que se consuman alimentos nutritivos de la tienda. Si está embarazada o tiene hijos menores de 21 años, puede haber asistencia adicional para encontrar revisiones para su niño, vacunas o cuidado prenatal. Si desea estos servicios, diligencie la **Parte A (rosada)** y la **Part D (azul)**.

### Family Investment Program (FIP) (Programa de Inversión Familiar) o Refugee Cash Assistance (Asistencia en Efectivo para Refugiados) Parte E

El Family Investment Program (FIP) también se conoce como Temporary Assistance for Needy Families (TANF) (Asistencia Temporal para Familias con Necesidades). El FIP suministra asistencia temporal en efectivo a niños y a las familias. Los refugiados que no reciben FIP pueden recibir Refugee Cash Assistance. Si desea solicitar FIP o Refugee Cash Assistance, diligencie **Parte A (rosada)** y la **Parte E (morada)**.

### Child Care Assistance (Asistencia para el cuidado de los niños)

Parte F

Child Care Assistance le ayuda a pagar el cuidado de su niño(a) mientras el padre o la madre, o su tutor están trabajando o asistiendo a la escuela. También puede ser usado para el cuidado de los(as) niños(as) mientras su padre(madre) o tutor está buscando trabajo o no puede hacerse cargo por razones médicas. Si desea solicitar Child Care Assistance, diligencie la **Parte A (rosada)** y la **Parte F (teal)**.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda?

Puede solicitar uno o más programas de los listados en la página anterior.

Paso 1. Diligencie una solicitud.

Cualquiera puede diligenciar una solicitud. Responda tantas preguntas como pueda. Si necesita ayuda para diligenciar la solicitud, solicítela. **Si no puede diligenciar toda la solicitud hoy, diligencie y entregue la página 1. Por favor termine y entregue el resto de la solicitud tan pronto como pueda.**

Paso 2. Regrémenos la solicitud.

Puede traer o enviar su solicitud por correo a la oficina local del DHS. **La fecha en que recibamos la página 1 con su nombre, dirección y firma será la fecha de su solicitud. En ese momento comienza a correr el tiempo que tenemos para trabajar sobre su solicitud. También es la fecha en que pueda empezar su Food Assistance.**

Paso 3. Entréguenos comprobantes y preséntese para una entrevista si se lo solicitan.

Se le **podría** solicitar que presente constancias:

- de quién es usted y quiénes son las personas para las que presentó la solicitud. Por ejemplo: licencia de conductor, tarjeta de Social Security (no sirve como comprobante para Medicaid) o tarjeta de identificación de extranjero.
- de que usted y las personas para las que presentó la solicitud son ciudadanos estadounidenses o nacionalizados.
- del dinero que recibió durante los últimos 30 días, por ejemplo, recibos de sueldo, registros de trabajo por cuenta propia o cartas de asignaciones recibidas.
- de las cosas que tiene, como por ejemplo, cuentas bancarias, fideicomisos, acciones o bonos.

Podría tener que presentar otros comprobantes. Si no pudiera presentar las constancias inmediatamente, se le concederá un plazo para que consiga dicha información. Si no pudiera conseguir los comprobantes, pídale a DHS que le ayude a conseguir dicha información.

Si es necesario, se le programará una entrevista. Debe venir a la entrevista aún si no tiene todas las pruebas que necesitamos. No se necesitan las entrevistas si únicamente está solicitando Medicaid para un niño o Child Care Assistance.

## Información sobre su estado de inmigración

Usted puede hacer la solicitud para parte de su hogar, aún si algunos miembros no tienen un estado legal de inmigración. Por ejemplo, aquellos padres que no son inmigrantes legales pueden hacer la solicitud para sus hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos o que son inmigrantes legales. Es posible que deba suministrar pruebas sobre el estado de inmigración de cada persona de su hogar que no sea un ciudadano o un nacional de los Estados Unidos.

El estado de extranjería de su hogar puede ser verificado con el Citizenship and Immigration Service. Cualquier información que recibamos del Citizen and Immigration Service puede afectar los beneficios de su hogar. No contactaremos al Citizen and Immigration Service para averiguar sobre personas para las cuales no haga una solicitud. Sin embargo, podemos utilizar sus ingresos y activos para verificar si el resto del hogar puede ayudar.

**Addendum to Application and Review Forms for Release of Information  
Adenda de los Formularios de Solicitud y Revisión para Divulgación de Información**

**Divulgación de Información OPCIONAL**

***¡Ayúdenos a ayudarle!***

No es obligatorio que firme esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle, y no tendríamos que pedirle que firme solicitudes específicas.

**Debe saber que:**

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar la siguiente autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia del mismo a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen información específica sobre usted o los miembros de su grupo familiar.

**Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo para autorizarnos a obtener la información necesaria.**

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud.

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.

\_\_\_\_\_  
Su nombre (en imprenta legible)

\_\_\_\_\_  
Nombre de otro adulto (en imprenta legible)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca

\_\_\_\_\_  
Firma o marca

\_\_\_\_\_  
Fecha

Iowa Department of Human Services  
**Health and Financial Support Application**  
**(Solicitud de apoyo de salud y financiero)**

**¿Qué tipo de ayuda desearía?**

**Parte A**

Marque la casilla de los programas que desea solicitar. No necesita solicitar programas que ya esté recibiendo.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Food Assistance</b>                                     | <input type="checkbox"/> <b>Medicaid o State Supplementary Assistance</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Family Investment Program o Refugee Cash Assistance</b> | <input type="checkbox"/> <b>Child Care Assistance</b>                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Well Child and Prenatal Care</b>                        |   |

**Cuéntenos sobre usted**

**Parte A**

|  |                             |        |               |
|--|-----------------------------|--------|---------------|
| Nombre   | Número telefónico<br>(    ) |        |               |
| Número de Seguridad Social                     | Fecha de nacimiento         |        |               |
| Dirección postal                               | Ciudad                      | Estado | Código Postal |
| Dirección de correspondencia (si es diferente) | Ciudad                      | Estado | Código Postal |

**Su firma**

**Parte A**

Certifico, bajo la gravedad del juramento, que

- Las respuestas que estoy a punto de dar son correctas y completas según mi leal saber y entender.
- Mi respuesta sobre el estado de ciudadanía o extranjería de cada persona que hace la solicitud es acertada.

He conservado la información contenida en el frente y el reverso de la página de portada y en la parte G.

|   |   |
|---|---|
| Su firma o marca  | Fecha de hoy  |
| Firma de la persona que ayudó a llenar el formulario, si la hay                 | Fecha de hoy  |
| Escriba en letra de imprenta el nombre de quien le ayudó a llenar el formulario | Número de teléfono  |
| Dirección de correspondencia de la persona que le ayudó a llenar el formulario  | Ciudad                      Estado                      Código Postal |

**Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame a su oficina local de DHS.**

**Food Assistance en 7 días – Emergency Service**

Estos son quienes pueden obtener Food Assistance en 7 días:

- Hogares con ingresos brutos mensuales inferiores a US \$150 y con activos, tales como efectivo o cuentas bancarias, de US \$100 o menos; u
- Hogares con renta, hipoteca y servicios públicos que sean mayores que el ingreso bruto mensual y los activos; u
- Hogares con un trabajador de granjas migratorio o estacional y con activos iguales o inferiores a US \$100 cuyo ingreso esté cesando o empezando.

**Food Assistance en 30 días**

Si no obtiene el Emergency Service, recibirá Food Assistance dentro de los 30 días siguientes si es elegible, o recibirá una carta en la que se le dirá por qué no ha sido elegible.

**Todos los demás programas**

Le enviaremos una carta en los 30 días posteriores a la fecha de recepción de su solicitud comunicándole si recibirá asistencia o no. Si está solicitando Medicaid y es elegible para el programa de Medicamento Necesitados (Medically Needy), le enviaremos una carta dentro de los siguientes 45 días.

En la solicitud utilizamos los siguientes términos. El siguiente es su significado.

|  |   |
|--|---|
| <b>Extranjero</b>                                      | Una persona que no es un ciudadano de los Estados Unidos.   |
| <b>Tarjeta EBT</b>                                     | Una tarjeta plástica que utiliza en la tienda para comprar alimentos.   |
| <b>Elegible</b>  | Que cumple con todos los requisitos del programa para obtener nuestra ayuda.  |
| <b>Hogar</b>   | Un grupo de personas que viven juntas.  |
| <b>PROMISE JOBS</b>                                    | Un programa de trabajo y capacitación para el Family Investment Program (FIP).  |
| <b>Quality Control (Control de calidad)</b>            | Una unidad del DHS que puede revisar su caso para ver si está recibiendo la asistencia adecuada. Si su caso es elegido, la unidad de Quality Control se pondrá en contacto con usted. |
| <b>Refugiado</b>                                       | Una persona que entra a los EE.UU. con calidad de refugiado.  |
| <b>Necesidades especiales para el cuidado de niños</b> | Un niño con un problema diagnosticado por un profesional que limita las principales actividades de su vida.   |

**Información sobre el Número de Seguridad Social**

**Parte A**

Únicamente podemos brindar ayuda a personas que tengan su Número de Seguridad Social (SSN) o prueba de solicitud ante la oficina de Seguridad Social. **No necesita darnos el SSN de personas de su hogar para las que no desee ayuda, pero puede elegir suministrar esa información (SSN).** Sin embargo, usaremos cualquier SSN que se nos suministre de la misma manera que utilizamos los SSN de aquellas personas que reciban la asistencia.

Les denegaremos asistencia a aquellas personas cuyos números de Social Security no sean entregados. Hay algunas excepciones para esto. Por favor pregúntele a su trabajador.

No le suministraremos ningún SSN al Citizenship and Immigration Service.

**Personas en su hogar**

**Parte A**

Liste todas las personas que vivan en su hogar y marque las casillas **sí** o **no** si está haciendo solicitud para esa persona. Si escoge la opción **no**, en este momento únicamente necesita darnos su nombre, relación con usted y su fecha de nacimiento.

Debemos preguntar su etnia y raza, pero no tiene que responder. Su respuesta no afectará cuánto reciba ni qué tan pronto lo haga. Si opta por responder, utilice los siguientes códigos:

- \* Ethnia
  - H = Hispánico o Latino
  - N = No Hispánico o Latino
- \*\* Raza (elijá todas las que apliquen)
  - W = Blanco
  - B = Negro o afro-americano
  - A = Asiático
  - I = Nativo americano o de Alaska
  - N = Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico

| ¿Solicita?<br>Sí / No | Nombre (nombre,<br>apellido) | Relación<br>con usted | Fecha de<br>nacim-<br>iento | Estado<br>de<br>nacim-<br>iento | último<br>nivel<br>escolar | Número<br>de<br>Seguridad<br>Social | Ethnia<br>* | Raza<br>** | Ciuda-<br>dano<br>Sí / No | Si es<br>extranjer<br>o, estatus |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------|------------|---------------------------|----------------------------------|
|                       |                              | Usted                 |                             |                                 |                            |                                     |             |            |                           |                                  |
|                       |                              |                       |                             |                                 |                            |                                     |             |            |                           |                                  |
|                       |                              |                       |                             |                                 |                            |                                     |             |            |                           |                                  |
|                       |                              |                       |                             |                                 |                            |                                     |             |            |                           |                                  |
|                       |                              |                       |                             |                                 |                            |                                     |             |            |                           |                                  |
|                       |                              |                       |                             |                                 |                            |                                     |             |            |                           |                                  |
|                       |                              |                       |                             |                                 |                            |                                     |             |            |                           |                                  |

**Abuelos y otras personas que aplican en nombre de niños que no son sus hijos:**

Si usted está aplicando para FIP y Medicaid **solamente** para los niños, sólo debe responder las preguntas que quedan acerca de los niños. Si está aplicando para Asistencia Alimentaria (Food Assistance), Asistencia para el Cuidado de Menores (Child Care Assistance), o para FIP o Medicaid para usted, responda las preguntas acerca de todas las personas que viven en su hogar.

Liste cualquier persona de su hogar que sea discapacitado: \_\_\_\_\_

Liste cualquier persona de su hogar que esté embarazada: \_\_\_\_\_

Fecha posible de parto \_\_\_\_\_

Liste cualquiera que tenga 18 años y esté en la universidad o en la escuela comercial: \_\_\_\_\_

Liste a cualquiera que obtenga beneficios de otro estado: \_\_\_\_\_

¿Qué estado? \_\_\_\_\_

## Gastos

## Parte A

Para obtener la mayor cantidad de beneficios, cuéntenos sobre sus gastos.

Mencione su participación en el cuidado diurno de un niño o adulto discapacitado que viva con usted:

¿Quién recibe el cuidado? \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por mes

Si alguien paga el mantenimiento del niño, suministre la siguiente información:

¿Quién paga? \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por mes

## Ingreso

## Parte A

Debe indicarnos todo el dinero que reciben las personas en su hogar. Si deja un espacio en blanco, entenderemos que no recibe ese tipo de dinero. Por favor utilice una hoja de papel adicional si lo necesita.

| ¿De dónde proviene el dinero?  | ¿Quién obtiene el dinero? | Cantidad mensual |
|--|---------------------------|------------------|
| Dinero del trabajo antes de impuestos (bruto) - 1er Empleo                                   |                           |                  |
| Dinero por Trabajo antes de deducir Impuestos (Bruto) – 2do Empleo o 2da Persona que Trabaja |                           |                  |
| Auto empleo o Impares Empleo   |                           |                  |
| Propinas, bonos y comisiones   |                           |                  |
| Desempleo o compensación del trabajador  |                           |                  |
| Seguridad Social o SSI   |                           |                  |
| Beneficios de veteranos, pensiones o jubilación  |                           |                  |
| Mantenimiento de niños o pensión de alimentos  |                           |                  |
| Dinero de amigos o parientes   |                           |                  |
| Dinero de intereses o dividendos   |                           |                  |
| Otros:   |                           |                  |

¿Alguien ha sido contratado para un empleo pero aún no ha cobrado?

Sí.

No

Mencione el nombre del (los) empleador(es) durante los últimos 60 días: \_\_\_\_\_

**Recursos****Parte A**

Mencione todos los autos, camiones, barcos, camperos, motocicletas y cualquier otro vehículo con o sin licencia que cualquiera posea o esté comprando:

| Marca | Modelo | Año | Valor o avalúo | Monto de la deuda |
|-------|--------|-----|----------------|-------------------|
|       |        |     |                |                   |
|       |        |     |                |                   |
|       |        |     |                |                   |

Mencione el total de dinero que todos tienen en:

Cuentas bancarias / de uniones de crédito \$ \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Acciones, bonos, certificados de ahorro, IRAs, Keogh u otros activos \$ \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Efectivo \$ \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Anualidades \$ \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Mencione cualquier persona que tenga o posea tierras, edificios o casas diferentes de aquella donde usted vive: \_\_\_\_\_

Mencione cualquiera que tenga una conservaduría o una fiducia: \_\_\_\_\_

**Food Assistance****Parte B**

Si no está recibiendo Food Assistance y desea solicitarla, responda a las preguntas en esta sección.

Mencione las personas de su hogar que **no** están solicitando Food Assistance: \_\_\_\_\_

Cuéntenos quién no toma los alimentos con usted: \_\_\_\_\_

Mencione las personas que tienen una tarjeta EBT de Iowa: \_\_\_\_\_

¿Alguno es un trabajador de granja migrante o estacional?  Sí.  No

¿Alguien ha dejado su trabajo en los últimos 30 días?  Sí.  No

**Ayuda con su Food Assistance****Parte B**

Puede pedirle a alguien que diligencie su solicitud, responda las preguntas por usted, proporcione información en su entrevista y compre alimentos con una tarjeta EBT. Si elige que alguien le ayude, nosotros podremos compartir información con esa persona. Usted no tiene que hacer esto.

Nosotros podremos compartir la información con esta persona. Cuéntenos quién es la persona que usted desea que le ayude.

| Nombre | Dirección | Número telefónico |
|--------|-----------|-------------------|
|        |           |                   |

Para obtener la mayor cantidad de beneficios de Food Assistance, por favor cuéntenos acerca de sus facturas.

**Vivienda y servicios públicos**

¿Cuánto paga por **su parte** de los siguientes gastos::

Alquiler: \$ \_\_\_\_\_ por mes

Alquiler del lote: \$ \_\_\_\_\_ por mes

Hipoteca: \$ \_\_\_\_\_ por mes

Si paga impuestos o seguro aparte de su hipoteca, indique los montos a continuación:

Impuestos sobre la propiedad: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Seguro de propietario de vivienda: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Marque las casillas correspondientes a las facturas de servicios públicos que debe pagar:

- Luz/Electricidad
- Gas
- Teléfono
- Otro(s), explique \_\_\_\_\_
- Agua y alcantarillado
- Recolección de basura
- Cobros adicionales de su arrendador

- Marque aquí si alguna de las facturas por servicios públicos que debe pagar corresponden a calefacción o aire acondicionado.
- Marque aquí si el año pasado recibió asistencia para energía eléctrica en su domicilio actual.
- Marque aquí si su único teléfono es un celular con minutos prepagos y no paga gastos mensuales por servicios.

**Gastos médicos**

Cuéntenos sobre los costos médicos para todo aquel que sea discapacitado o que tenga más de 59 años, que no sean cubiertos por el seguro. Estos pueden ser facturas del médico y hospital, medicamentos, transporte, primas de seguro de salud u otros servicios médicos.

¿Quién paga: \_\_\_\_\_ Cantidad mensual: \$ \_\_\_\_\_

**Ayuda en el pago de gastos**

Mencione la ayuda que usted reciba de cualquier agencia, organización o persona:

| ¿Qué gasto fue pagado? | ¿Quién lo pagó? | Monto pagado |
|------------------------|-----------------|--------------|
|                        |                 |              |
|                        |                 |              |

Si no está recibiendo Medicaid o SSA y desea solicitarla, responda a las preguntas en esta sección.

Mencione las personas de su hogar que **no** están solicitando Medicaid o SSA:

¿Alguien recibió atención médica en los últimos tres meses?  Sí.  No

¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿En qué meses? \_\_\_\_\_

¿Alguien tiene un seguro de vida o beneficios por muerte?  Sí.  No

¿Alguien donó algo de valor o transfirió cualquier cosa por menos de su valor en los últimos 5 años?  Sí.  No

¿Alguien espera recibir algún pago por una única vez, como una herencia o una conciliación por seguro, o alguien lo recibió en los últimos 3 meses?  Sí.  No

¿Alguien tiene Medicare o algún otro seguro de salud?  Sí.  No

Marque si necesita ayuda adicional para pagar o información sobre::

- Costos médicos para una persona en un hogar de atención o en otra institución.  
Nombre del hogar o institución: \_\_\_\_\_
- Su prima de Medicare.
- Asistencia para un dependiente de una persona anciana o discapacitada.
- Servicios que le permitan a una persona permanecer en casa.
- Costos médicos para un niño bajo el cuidado de un hogar adoptivo o en adopción subvencionada
- Servicios de planificación familiar

**Apoyo Infantil (child support)**

Si está solicitando Medicaid para niños menores de 18 años, complete esta sección por cada progenitor que no viva en la casa con sus hijos.

¿Desea cooperar con nosotros para obtener seguro médico o apoyo médico del padre que no está en el hogar?  Sí.  No

| Nombre y dirección del padre que no vive en el hogar | Fecha de nacimiento de este padre | Número de seguridad social de este padre | Nombre de los hijos de este padre | Condado donde se emite la orden de la corte, si la hay |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|
|  |                                   |  |                                   |  |
|  |                                   |  |                                   |  |
|  |                                   |  |                                   |  |

Nombre y dirección del empleador del padre que no vive en el hogar: \_\_\_\_\_

Si ha estado casado(a) con este padre, liste la fecha y lugar del matrimonio: \_\_\_\_\_

**Well-Child and Prenatal Care****Parte D**

Autorizo al DHS para compartir la información en esta solicitud con la agencia de salud infantil, salud materna o WIC para ayudarme con los siguientes programas:

- Asistencia nutricional (WIC)
- Asistencia para mujeres embarazadas
- Asistencia para el mejor cuidado infantil

La agencia local de salud infantil, salud materna o WIC se pondrá en contacto con usted.

**Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance****Parte E**

Si no está recibiendo FIP o Refugee Cash Assistance y desea solicitarlos, responda a las preguntas en esta sección.

Mencione las personas de su hogar que **no** están solicitando FIP:

\_\_\_\_\_

¿Alguien espera recibir algún pago por una única vez, como una herencia o una conciliación por seguro, o alguien lo recibió en los últimos 30 días?  Sí.  No

¿Alguien tiene un seguro de vida o beneficios por muerte?  Sí.  No

Mencione a todas las personas de su hogar que han recibido TANF u otros beneficios de asistencia fuera de Iowa desde el 1 de enero de 1997: \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿En qué meses? \_\_\_\_\_

**Apoyo Infantil (child support)**

Si llenó esto en la página anterior, no necesita llenarlo en esta. Complete esta sección para cada progenitor que no viva en la casa con sus hijos.

| Nombre y dirección del padre que no vive en el hogar | Fecha de nacimiento de este padre | Número de seguridad social de este padre | Nombre de los hijos de este padre | Condado donde se emite la orden de la corte, si la hay |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|
|  |                                   |  |                                   |  |
|  |                                   |  |                                   |  |
|  |                                   |  |                                   |  |

Nombre y dirección del empleador del padre que no vive en el hogar: \_\_\_\_\_

Si ha estado casado(a) con este padre, liste la fecha y lugar del matrimonio: \_\_\_\_\_

Si no está recibiendo Child Care Assistance y desea solicitarla, responda a las preguntas en esta sección.

Mencione los niños en su hogar que necesitan de cuidado infantil: \_\_\_\_\_

Mencione los niños que han sido identificados como con necesidades especiales: \_\_\_\_\_

Mencione las horas de trabajo de los adultos de su hogar.

|  |  |
|--|--|
| Nombre de la persona trabajadora _____ | Nombre de la persona trabajadora _____ |
| Lunes _____ a _____                    | Lunes _____ a _____                    |
| Martes _____ a _____                   | Martes _____ a _____                   |
| Miércoles _____ a _____                | Miércoles _____ a _____                |
| Jueves _____ a _____                   | Jueves _____ a _____                   |
| Viernes _____ a _____                  | Viernes _____ a _____                  |
| Sábado _____ a _____                   | Sábado _____ a _____                   |
| Domingo _____ a _____                  | Domingo _____ a _____                  |

¿Necesita usted cuidado infantil mientras va a la escuela? Si sí, deberá darnos una copia de su horario de clases.  Sí.  No

¿Está usted inscrito en una escuela de postgrado?  Sí.  No

¿Necesita usted el cuidado infantil por otra razón, tal como hospitalización o búsqueda de trabajo?  Sí.  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Indique el nombre de la persona o agencia que se hará cargo de sus hijos:

|                      |                   |               |
|----------------------|-------------------|---------------|
| Nombre del proveedor | Número telefónico |               |
| Dirección postal     |                   |               |
| Ciudad               | Estado            | Código Postal |

Usted o la persona que le esté ayudando, puede solicitar una audiencia de apelación en caso que usted no esté de acuerdo con alguna acción tomada en su caso. Puede apelar personalmente o por teléfono en el caso de Food Assistance. Para todos los otros programas, debe apelar por escrito: Para apelar por escrito, haga **una** de las siguientes cosas:

- Llene una apelación electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, ó
- Escriba una carta en la que nos cuente por qué cree que la decisión está errada, o
- Diligencie un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del DHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación al Department of Human Services, Appeals Section, 5<sup>th</sup> Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda en el diligenciamiento de su apelación, solicítela en la oficina del DHS de su condado.

Usted puede representarse a sí mismo. O puede hacer que un amigo, pariente, abogado o alguien más actúe en su nombre.

Puede contactar su oficina del DHS del condado para obtener servicios legales. Es posible que deba pagar por estos servicios legales. Si lo hace, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en Polk County, llame al (515) 243-1193.

**Política Relativa a la Discriminación, el Acoso,  
la Acción Afirmativa, y la Oportunidad Igualitaria de Empleo**

Es política del Iowa Department of Human Services ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y ofrecimiento de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad, incapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si usted considera que el IDHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta quejándose a:

Iowa Department of Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.

(Food Assistance only) USDA – Director Office for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington DC 20250-9410, o llamada 1-800-795-3272 voz o (202) 720-6382 (TTY).

**Nosotros verificamos lo que usted nos dice**

La información que usted nos proporciona puede ser verificada por funcionarios federales, estatales y locales para asegurarse que es cierta. Las cosas que podríamos verificar son datos sobre las personas mencionadas como: número de seguridad social, empleo y salario, montos en cuentas bancarias, calidad de extranjero, y montos recibidos de otras fuentes como Seguridad Social o Desempleo. Si cualquier información que nos brinde no es correcta, podremos negar su solicitud.

Podremos verificar los registros de otros estados para ver si una persona de su hogar puede recibir los beneficios en Iowa. Esto puede ser porque una persona fue descalificada de un programa en otro estado.

Verificamos y utilizamos sistemas informáticos como el State Income and Eligibility Verification System. Si algo de lo que usted nos dijo es diferente de lo que el sistema informático nos reporta, verificaremos cuál es la versión correcta. Podremos verificar su información contactando a su empleador, a su banco o a otras personas. Para hacer esta verificación con su empleador, banco u otras personas, le preguntaremos a usted primero.

### **Cosas que debe saber:**

El DHS puede dar sus respuestas a oficiales de la ley para capturar a personas que están escapando de la ley.

Las unidades de Quality Control e Investigations pueden revisar su caso. Ellos pueden contactar otras personas u organizaciones para obtener pruebas de su información. Mediante la firma de esta solicitud, usted otorga autorización para revelar información confidencial a las unidades de Quality Control o Investigations. Usted debe cooperar con ellos para mantener sus beneficios.

Usted deberá rembolsar cualquier beneficio que obtuvo o que fue pagado a una tercera persona en su nombre si no era elegible para ello.

La Sección 1128B de la Social Security Act establece penas federales para actos fraudulentos e informaciones falsas en relación con estos programas.

Cualquiera que obtenga, intente obtener, o ayude a otra persona a obtener asistencia a la cual no tiene derecho, es culpable de violación de las leyes del Estado de Iowa. Esto incluye, pero no se limita a los Capítulos 239B, 243, 249 y 249A del Código de Iowa.

Sus gastos pueden ser usados para determinar la cantidad de asistencia que reciba. Usted puede incluir gastos en su cálculo de beneficios reportando y aportando pruebas de dichos gastos. Si no informa o no prueba sus gastos, usted ha escogido no reclamar ese gasto. Usted puede informar y aportar pruebas posteriormente, y el gasto podrá ser usado para meses siguientes.

El Comm. 223 se le dará en su entrevista. Éste le informará sobre cualquier derecho y responsabilidad adicional que no estén cubiertos por esta solicitud.

## **Food Assistance**

## **Parte G**

### **Reglas para el Programa de Food Assistance**

Siga estas reglas

- **No** oculte o suministre información errada a propósito para obtener los beneficios de Food Assistance.
- **No** use los beneficios de Food Assistance para adquirir bienes diferentes de alimentos, como alcohol o tabaco.
- **No** comercie, venda ni regale los beneficios de Food Assistance.
- **No** use los beneficios de Food Assistance de otra persona para usted.
- **No** olvide informarnos si su grupo familiar excede el límite de ingresos.

Si recibe Food Assistance (Asistencia para Alimentos), su asistente social le informará cuál es el límite de ingresos para su grupo familiar. Si los ingresos de su grupo familiar exceden el límite durante algún mes, debe informarnos antes del día 10 del mes siguiente. Si no nos informa a tiempo, podría tener que devolver los beneficios.

## Sanciones del Programa de Food Assistance

Cualquier persona que rompa las reglas anteriores:

- Puede no obtener los beneficios de Food Assistance por **1 año la primera vez, 2 años la segunda vez y para siempre la tercera vez;**
- Puede ser multado hasta con \$250,000 o ser encarcelado hasta por 20 años, o ambas cosas; y
- Puede ser excluido de Food Assistance por 18 meses adicionales si así lo determina la corte.

Si algún tribunal le encuentra culpable de comprar, vender o comerciar con más de \$500 en beneficios de Food Assistance, perderá sus beneficios para siempre.

Si algún tribunal le encuentra culpable de cambiar los beneficios de Food Assistance por armas, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.

Si algún tribunal le encuentra culpable de cambiar los beneficios de Food Assistance por sustancias controladas, perderá dichos beneficios por dos años la primera vez, y para siempre la segunda vez.

No recibirá Food Assistance por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener Food Assistance en más de un hogar a la vez. Esta sanción se aplica si ha suministrado información errada acerca de su identidad o su vivienda.

***El suministro de información errada a propósito, le podrá acarrear una acción legal contra usted, en lo penal o en lo civil. También podrá causar que reduzcamos sus beneficios o que le quitemos dinero.***

### Cosas que debe saber:

Si usted tiene un sobrepago de Food Assistance, el DHS dará sus respuestas a las agencias federales y estatales, así como a agencias de cobranza de reclamaciones privadas, para cobrarle el sobrepago.

La oficina de Food Assistance puede contactar otras personas u organizaciones para obtener pruebas de su información.

Mediante la firma de esta solicitud, usted accede a que todos los miembros de su hogar seguirán las reglas de trabajo y capacitación.

## Medicaid o State Supplementary Assistance (SSA)

## Parte G

### Cosas que debe saber:

Dentro de los 5 días posteriores a que el cambio ocurra, deberá informar a la oficina del DHS del condado acerca de cambios como:

- Ingreso, incluidos pagos únicos, tales como manutención de hijos, herencias o liquidaciones.
- Recursos o activos, los cuales incluyen herencias recibidas.
- Alguien que se entre a vivir o salga de su hogar
- El cubrimiento de su seguro de salud

- Si usted reclama un seguro o consigue un abogado para recuperar facturas pagadas por Medicaid
- Domicilio postal o residencial

Usted debe suministrar los números de seguridad social para todo aquel que desee Medicaid. Esto lo requiere la sección 1137(a)(1) de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR 435.910. Nosotros usamos los números de seguridad social para:

- Verificar ingresos, elegibilidad y pagos de Medicaid
- Determinar el derecho de una persona a Medicaid
- Cumplir con la ley federal
- Cruzar registros con otras agencias

Si se le aprueba el Medicaid, usted renuncia a sus derechos sobre los pagos de apoyo médico mientras reciba los beneficios. El Estado de Iowa mantendrá y usará dichos pagos de soporte médico para ayudar a pagar su cobertura médica.

Si obtiene Medicaid, peor no FIP, el Departamento intentará recolectar apoyo financiero para usted y sus hijos. Si todo lo que obtiene es Medicaid, puede decir al Departamento que usted únicamente quiere servicios de apoyo médico.

Se necesita una certificación del Iowa Foundation for Medical Care (IFMC) para ciertos programas médicos.

Los pagos sobre cualquier servicio médico futuro no pagado serán hechos directamente a los doctores y a los proveedores médicos bajo el Medicare Insurance Program (Medicare Part B).

Si el Estado de Iowa ha sido designado como beneficiario residual de una anualidad, a fin de que usted califique para un pago de Medicaid de un cuidado de largo plazo, el Estado de Iowa obtendrá cualquier beneficio restante de la anualidad, hasta el monto de los beneficios pagados por Medicaid.

**Mediante la firma de esta solicitud, usted otorga permiso al DHS para que comparta:**

- Sus registros médicos y otros registros de cuidados de salud con funcionarios federales y estatales
- El estado de su caso de Médicamente Necesitado (Medically Needy), el monto de sus gastos incurridos que igualan el ingreso excesivo, y las facturas que usa para ello con el proveedor cuyas facturas se están usando
- La fecha de pago de la prima de Medicaid para Personas Discapacitadas Empleadas (Employed People with Disabilities) (MEPD) con su proveedor médico
- La información de su solicitud con el desistimiento al IFMC para Home and Community Based Services (HCBS) y con la Area Agency on Aging Case Management Team para el desistimiento de Ancianidad de HCBS
- La fecha de presentación de su solicitud con su institución de cuidado

**Mediante la firma de esta solicitud, usted otorga permiso a su proveedor médico para que comparta:**

- Su historia médica con una HMO, PHP, u otro proveedor de cuidados administrados
- Información con la IFMC para certificar una necesidad médica para ciertos programas o servicios de Asistencia Médica

Acepto entregar a la agencia Medicaid los pagos de gastos médicos realizados por terceros para mí y otras personas elegibles para Medicaid, para las cuales yo estoy legalmente autorizada a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de gastos médicos provenientes de terceros.

**Esta autorización termina cuando termina su Medicaid.**

## **Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance**

**Parte G**

### **Sanción del programa FIP**

Usted no recibirá FIP por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción ocurre si proporciona información errónea sobre dónde vive.

### **Cosas que debe saber:**

Debe informarle a DHS sobre cambios en un plazo de diez días a partir de la fecha en que ocurra el cambio, por ejemplo:

- Ingreso, cuando comienza o finaliza, incluyendo recepción de una herencia o un pago por única vez correspondiente a manutención de hijos adeudada.
- Recursos o activos
- Alguien que se muda a o se va de su hogar.
- Domicilio postal o residencial
- Recibo del Número de Social Security
- Cambio de la escuela a la que asiste un niño

Si se aprueba su solicitud para FIP o Refugee Cash Assistance, su Food Assistance puede reducirse o suspenderse.

Si es aprobado para el FIP, será registrado en el programa PROMISE JOBS. Usted accede a que todos los miembros de su hogar que deban cooperar con PROMISE JOBS lo harán. Hable con su trabajador si cree que tiene una razón para no cooperar.

Si escoge no tomar parte del PROMISE JOBS, se limitarán sus beneficios de FIP.

Mientras reciba el FIP, renunciará a sus derechos de apoyo infantil. El Estado de Iowa guardará su apoyo infantil para pagar el dinero que usted recibe del FIP.

## **Child Care Assistance (CCA)**

**Parte G**

### **Cosas que debe saber:**

Cuando ocurra un cambio, debe informárselo a DHS en un plazo de 10 días a partir de la fecha del cambio. Ejemplos de cambios:

- Ingresos, incluidos cambios en la tarifa que le pagan por hora y las fechas de inicio y finalización de los ingresos.
- Horario de trabajo
- Domicilio postal o residencial
- Horarios de clases
- Alguien que se muda a su hogar o se va de su hogar
- Cambio de proveedor de cuidado infantil