

Departamento de Recursos Humanos de Georgia
APLICACIÓN PARA TANF, ESTAMPILLAS PARA COMIDA O ASISTENCIA MÉDICA

Nosotros consideramos su aplicación sin importar su raza, color, sexo, edad, impedimento físico, religión, nacionalidad o creencia política

Fecha de hoy: _____ Día recibido por DFCS: _____

Para aplicar para beneficios usted solamente tiene que escribir su nombre, si es la cabeza de la familia y su dirección donde pueda ser encontrado en la Sección I, firme su nombre y el día. Escriba su número de teléfono donde pueda ser localizado durante el día. Si no puede ser entrevistado hoy deje su aplicación con nosotros porque algunos beneficios como Estampillas para Comida son proveídos desde el día que su aplicación es recibida. Nosotros tenemos 30 días desde el día que usted firmo su aplicación para procesar sus estampillas para Comida y 45 días para procesar su aplicación de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o Asistencia Médica (Medicaid). Si usted esta aplicando para Asistencia Médica como persona impedida, nosotros tenemos 60 días para procesar su aplicación. Si usted esta aplicando y esta embarazada, nosotros tenemos 10 días para procesar su aplicación. **Si no entiende o no puede completar adecuadamente la aplicación comuníquese con los empleados del Departamento de Recursos Humanos de Georgia, para obtener ayuda gratuita.**

I. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE (NAME)			
1. Nombre:	Inicial:	Apellido:	Apodo:
2. ¿Cual es su idioma principal?	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de Nacimiento _____	
3. ¿Tiene impedimentos visual/sordo por el cual requiera ayuda especial con el proceso de su aplicación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si contesta si, cual: <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Sordo			
4. ¿Vive usted en una comunidad pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		5. Número de Teléfono () Codigo del Área	
6. Dirección Residencial:			
Calle:		Número de Apartamento:	Número de Casilla o Ruta:
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
7. Dirección de Correo: (si es la misma dirección residencial escriba la misma dirección residencial)			
Calle:		Número de Apartamento:	Número de Casilla o Ruta:
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
8. Firma del Aplicante:			
II. ASISTENCIA DESEADA (KIND)			
Marque la asistencia para la que esta aplicando:			
<input type="checkbox"/> TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)			
<input type="checkbox"/> Dinero en efectivo para refugiados			
<input type="checkbox"/> Food Stamps (Estampillas para Comida)			
<input type="checkbox"/> Medicaid para familia con niños o mujeres embarazadas			
<input type="checkbox"/> Medicaid para Adultos, Ciegos o Impedidos			
<input type="checkbox"/> Asistencia con Adopción o cuidado temporal de niños			
<input type="checkbox"/> Otra Asistencia (especifique) _____			

II. SITUACIÓN FAMILIAR (CIRC)

IMPORTANTE: Su familia puede recibir Estampillas para Comida en 5 días después que nosotros recibimos su aplicación si usted es la cabeza de la familia y esta en una de las siguientes situaciones:

- Tiene un ingreso mensual de \$150.00 o menos y recursos (como cuentas de banco) de \$100.00 o menos.
- Los miembros de su familia son inmigrantes de trabajos temporales en fincas con ingresos líquidos de \$100.00 o menos y que sus ingresos en el mes de la aplicación sean los siguientes: terminado, nuevo trabajo o combinación de terminado y un nuevo trabajo.
- Los recursos combinados con los ingresos mensuales de todos los miembros de la familia son menos que sus gastos mensuales en su casa.

Por favor conteste las preguntas para determinar si alguna de ellas es su situación.

Nota: Necesita contestar 1-4 solo si aplica para Estampillas para Comida. Conteste 5-15 si esta aplicando para cualquier tipo de asistencia incluyendo Estampillas para Comida.

1. Cantidad de ingresos recibidos por usted o miembros de su familia para este mes: \$

2. Cantidad de algunos otros ingresos recibidos por usted o miembros de su familia este mes:

(Especifique como, Seguro Social, SSI, Desempleo o ingresos de accidentes de trabajo, etc.)

3. Cantidad de ingresos de usted o miembros de su familia en efectivo o cuentas de bancos:

Efectivo: \$

Cuenta de Bancos: \$

4. Cantidad que usted o miembros de su familia pagan por renta, casa y gastos públicos:

IV. OTRAS SITUACIONES (CIRC)

Marque si se aplica a usted o a la persona(s) que necesitan la asistencia. Esto nos ayudará a determinar la asistencia correcta para su situación.

5. ¿Esta aplicando para Medicaid para una persona mayor de 18 años que ya no recibe los ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI)?
6. ¿Esta aplicando para Medicaid para cubrir gastos médicos por tres meses pasados o tres meses antes de su aplicación para recibir ingresos del Seguro Social?
7. ¿Si esta aplicando para el Medicaid, esta usted o su esposo(a) recibiendo Medicare actualmente?
8. ¿Esta aplicando para Medicaid para ayudar a pagar servicios a la comunidad proveídos por programas como: Servicios de Cuidado a la Comunidad, Retardación Mental, Cuidado de Hospicio, Cuidado Independiente o Creer de Renuncia (Katie Beckett)?
9. ¿Esta aplicando usted para Medicaid para ayudar a pagar gastos de una Casa de Ancianos?
10. ¿Esta aplicando para Medicaid para ayudar a pagar el cuidado de una persona de 65 años o más o persona impedida que ha estado en el hospital por lo menos 30 días o que murió en el hospital?
11. ¿Si esta aplicando para Estampillas para Comida, esta viviendo en una casa para mujeres y niños víctimas de violencia doméstica?
12. ¿Si esta aplicando para Estampillas para Comida, es usted un inmigrante de trabajo de temporadas?
13. ¿Es refugiado?
14. ¿Si es un adulto aplicando para Medicaid para niños dependientes que viven con usted, necesita Medicaid para usted para alguna enfermedad o problema médico que esta experimentando?
15. ¿Quiere autorizar a otra persona como su representante en el proceso de su aplicación para recibir avisos y cambiar sus beneficios de Estampillas para Comidas?

V. DEDUCCIONES DE GASTOS FAMILIARES PARA ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Si su hogar reporta adecuadamente y verifica los gastos familiares, los gastos pueden ser permitidos para determinar la cantidad de beneficios que usted recibirá. Al no reportar o verificar estos gastos (médicos, cuidado de dependientes, renta, casa, taxes, aseguranza, gastos públicos, manutención de niños) que su familia tiene y que pueden ser permitidos en su gastos será aceptado que su familia no desea recibir deducciones de estos gastos que no son reportados o verificados.

VI. MIEMBROS DE SU FAMILIA (MEMB)

Comenzando con usted, liste todas las personas que están viviendo en su dirección. Si esta aplicando para Medicaid para alguien que esta en una casa de ancianos, por favor liste el nombre de el esposo(a) que vive en la casa, si hay alguno.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL – Se le preguntara proveer los números de Seguro Social incluyendo el suyo para las personas para quien esta solicitando asistencia. Si algunas de estas personas no tienen el número nosotros le podemos ayudar a aplicar para tener uno. Proporcionar o solicitar para un número de Seguro Social es voluntario; pero cualquier persona quien quiera asistencia y no quiere dar esa información acerca de su número de Seguro Social no será elegible para beneficios. Otros miembros de la familia si pueden ser elegibles si proveen esta información. Si esta aplicando solamente para el Medicaid de Emergencia por su estado de inmigración el número de Seguro Social no es necesario.

Los números de Seguro Social son usados para verificar los ingresos de su familia a través de las computadoras con agencias como (Administración de Seguro Social, el Internal Revenue Services, agencias de crédito) y otros recursos proporcionados.

VI. MIEMBROS DE SU FAMILIA (MEMB) Continuación

Si esta aplicando para:

TANF – Usted solamente es requerido proveer el número de Seguro Social para individuos quienes esperan recibir asistencia o que sus necesidades son consideradas para determinar la cantidad de asistencia pero no es requerido proveer el número de Seguro Social para individuos que no quieren recibir asistencia y que sus necesidades no son consideradas para determinar la asistencia. Si es determinado que un miembro de la unidad no es elegible para recibir asistencia, ese individuo no es requerido proveer su número de Seguro Social para los beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas.

FS – Usted es requerido proveer el número de Seguro Social para individuos quienes son miembros de su familia que están aplicando para recibir asistencia. Otros individuos que proveen su número de Seguro social en su familia no pueden ser negados para recibir Estampillas para Comida (Food Stamps).

MEDICAID – Usted solamente es requerido proveer el número de Seguro Social para individuos quienes quieren recibir los beneficios de Medicaid, pero usted no es requerido proveer el número de Seguro Social para individuos que no desean recibir asistencia.

Si esta aplicando para beneficios que no son Medicaid, TANF o Estampillas para Comidas, usted debe preguntar a su tramitador(a) si es requerido proveer el número de Seguro Social de otras personas.

Nombre (Nombre, Inicial, Apellido, Apodo)	Relación suyo(a)	Fecha de Nacimiento	S e x o	R a z a	Número de Seguro Social (vea arriba)	Embarazada? Si/No Cuando espera su bebe?
	USTED					
	ESPOSO(A)					

VII. NOMBRES Y NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL ADICIONALES (SSNA)

¿Algún miembro de su hogar ha usado un nombre o número de Seguro Social diferente?

Nombre:	Otro nombre	Nombre:	Otro Seguro Social:
Nombre:	Otro nombre	Nombre:	Otro Seguro Social:
Nombre:	Otro nombre	Nombre:	Otro Seguro Social:

VIII. REPRESENTANTE AUTORIZADO (AURP)

1. ¿Desea usted señalar a una persona como su representante en el proceso de su aplicación , o recibir avisos, o cambiar su Estampillas para Comida por usted? Si No

2. ¿Como le gustaría a usted que esa persona fuera su representante, y cual programa(s)? (i.e., TANF, Estampillas para Comida)

3. ¿Cual es su relación con esta persona?

4. ¿Cual es el nombre de esta persona, dirección y número de teléfono?
 Nombre: _____ Número de Teléfono () _____
 Calle: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

VIII. REPRESENTANTE AUTORIZADO (AURP) Continuación

¿Ha recibido beneficios en algún otro **CONDADO**? Si No

Sí, ¿que condado y cuando?

¿Ha recibido beneficios en algún otro **ESTADO**? Si No

Sí, ¿que estado y cuando?

FAVOR DE CONTESTAR PREGUNTAS PARA (FOOD STAMPS) ESTAMPILLAS PARA COMIDA Y/O (TANF) ASISTENCIA TEMPORANEA PARA FAMILIAS NECESITADAS

1. ¿Esta alguien de su hogar huyendo de la ley después de haber sido convicto?
 Si No Si contesta si, ¿quien? _____
2. ¿Esta alguien de su hogar violando su probatoria?
 Si No Si contesta si, ¿quien? _____
3. ¿Esta alguien de su hogar falsificando identidad para recibir beneficios?
 Si No Si contesta si, ¿quien? _____
4. ¿Ha sido alguien de su hogar encontrado culpable relacionado con sustancias controladas (drogas)?
 Si No Si contesta si, ¿quien? _____

FAVOR DE CONTESTAR PREGUNTAS SI ESTA APLICANDO PARA (TANF) ASISTENCIA TEMPORANEA PARA FAMILIAS NECESITADAS:

1. ¿Ha sido alguien en su hogar encontrado culpable de un crimen violento?
 Si No Si contesta si, ¿quien? _____ Que tipo de crimen?

FAVOR DE CONTESTAR PREGUNTAS SI ESTA APLICANDO PARA ESTAMPILLAS PARA COMIDA:

1. ¿Ha sido alguien de su hogar encontrado culpable de vender Estampillas para Comida de un valor de \$500.00 o más?
 Si No Si contesta si, ¿quien? _____
2. ¿Ha sido alguien de su hogar encontrado culpable de usar Estampillas para Comida para comprar armas de fuego, municiones o explosivos?
 Si No Si contesta si, ¿quien? _____
3. ¿Ha sido alguien de su hogar encontrado culpable de haber usado Estampillas para Comida para comprar drogas ilegales?
 Si No Si contesta si, ¿quien? _____
4. ¿Entiende usted que algunas personas pueden recibir Estampillas para Comida sin dependientes solamente por un periodo de 3 meses; a menos que participen en ciertos programas de educación, adiestramiento o experiencias de trabajos por lo menos 20 horas a la semana?
 Si No Si contesta si, ¿quien? _____

Yo he leído las partes de esta forma que se aplican a mí y a mi familia. Toda la información proveída es cierta y completada de la mejor forma posible. Las respuestas proveídas en mi entrevista son ciertas. Yo entiendo que debo de reportar cambios a mi investigador(a) en 10 días de haber ocurrido los cambios.

Firma

Fecha

Representante Autorizado

Fecha

Investigador(a)

Fecha