

# Solicitud de Asistencia

## Asistencia alimentaria

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ayuda a las familias a comprar alimentos para una buena salud. Las familias elegibles reciben una tarjeta de débito para comprar alimentos. Los participantes podrían tener que participar en programas de trabajo y cooperar con los Servicios de Sosténimiento para los Niños. Los beneficios se prorratan a partir de la fecha de solicitud.

## Asistencia medica

Medicaid ofrece una cobertura de salud para individuos que responde a una variedad de necesidades de salud, lo que incluye una cobertura para adultos de bajos ingresos, niños, mujeres embarazadas, ancianos y personas con discapacidades.

## Asistencia monetaria

El programa de Asistencia Temporal para Familias en Idaho (TAFI) proporciona asistencia en efectivo para situaciones de emergencia y para familias con niños. Las familias elegibles reciben un pago único o continuo, dependiendo de las necesidades del hogar. El programa de Ayuda a los Ancianos, Ciegos y Discapacitados (AABD) proporciona asistencia en efectivo a las personas elegibles para el SSI y que cumplen con otras pautas.

## Asistencia para el cuidado de niños

El Programa de Cuidado de Niños de Idaho (ICCP) ayuda a los padres y cuidadores a pagar una parte de sus costos de cuidado de niños mientras trabajan, asisten a la escuela o participan en actividades de capacitación aprobadas. Las familias elegibles reciben una parte de los costos de cuidado para niños pagados al proveedor.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿QUIÉN</b><br>puede utilizar esta solicitud?                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cualquiera puede usar esta solicitud para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar asistencia para sí mismos o para los miembros de su hogar</li> <li>• Solicitar uno o varios tipos de asistencia</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>LO QUE</b><br>puede necesitar para la solicitud                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Adjuntar pruebas de los ingresos de la familia a esta solicitud puede ayudarnos a determinar su elegibilidad más rápidamente.<br>Es posible que necesitemos otras pruebas, como la verificación de recursos o gastos, para procesar su solicitud, pero solo se las pediremos si las necesitamos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>RECURSOS</b><br>de ayuda para esta solicitud                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>En línea:</b> <a href="http://healthandwelfare.idaho.gov">healthandwelfare.idaho.gov</a></p> <p><b>Teléfono:</b> 1-877-456-1233 o 1-800-377-3529 (TTY) o 1-800-377-1363 (voz)</p> <p><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:MyBenefits@dhw.idaho.gov">MyBenefits@dhw.idaho.gov</a></p> <p><b>En persona:</b> Visite nuestro sitio web o llame al número que aparece arriba para encontrar una oficina local. Hay servicios de interpretación disponibles al 1-877-456-1233. Consulte el reverso de esta página para obtener más información sobre la accesibilidad y los servicios de interpretación.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>¿POR QUÉ</b><br>pedimos esta información?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Mantenemos toda la información privada y segura, como lo exige la ley. Pedimos esta información por las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para averiguar para qué tipos de asistencia usted califica</li> <li>• Para calcular la cantidad de asistencia para la que usted califica</li> <li>• Para asegurarnos de que recibe la cantidad correcta de asistencia según su situación</li> </ul> <p><b>Igualdad de oportunidades para los solicitantes</b><br/>           En cumplimiento con la ley federal, la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), el Departamento tiene prohibido discriminar, excluir o tratar de manera diferente a las personas debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. La discriminación con base en la religión y creencias políticas también está prohibida por la Ley de Cupones de Alimentos y la política del USDA. Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS al:</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="438 1564 966 1795"> <p><b>Departamento de Agricultura de Estados Unidos</b></p> <p>Office of the Assistant Secretary for Civil Rights<br/>               1400 Independence Avenue, SW<br/>               Washington, D.C. 20250-9410</p> <p><b>Fax:</b> 202-690-7442<br/> <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:program.intake@usda.gov">program.intake@usda.gov</a></p> </td><td data-bbox="974 1564 1588 1795"> <p><b>Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.</b></p> <p>Room 506F, 200 Independence Avenue, SW<br/>               Washington, D.C. 20201</p> <p><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:OCRcomplaint@hhs.gov">OCRcomplaint@hhs.gov</a><br/> <b>Teléfono:</b> 202-619-0403 (voz)<br/>               202-619-3257 (TTY)</p> </td></tr> </table> | <p><b>Departamento de Agricultura de Estados Unidos</b></p> <p>Office of the Assistant Secretary for Civil Rights<br/>               1400 Independence Avenue, SW<br/>               Washington, D.C. 20250-9410</p> <p><b>Fax:</b> 202-690-7442<br/> <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:program.intake@usda.gov">program.intake@usda.gov</a></p> | <p><b>Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.</b></p> <p>Room 506F, 200 Independence Avenue, SW<br/>               Washington, D.C. 20201</p> <p><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:OCRcomplaint@hhs.gov">OCRcomplaint@hhs.gov</a><br/> <b>Teléfono:</b> 202-619-0403 (voz)<br/>               202-619-3257 (TTY)</p> |
| <p><b>Departamento de Agricultura de Estados Unidos</b></p> <p>Office of the Assistant Secretary for Civil Rights<br/>               1400 Independence Avenue, SW<br/>               Washington, D.C. 20250-9410</p> <p><b>Fax:</b> 202-690-7442<br/> <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:program.intake@usda.gov">program.intake@usda.gov</a></p> | <p><b>Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.</b></p> <p>Room 506F, 200 Independence Avenue, SW<br/>               Washington, D.C. 20201</p> <p><b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:OCRcomplaint@hhs.gov">OCRcomplaint@hhs.gov</a><br/> <b>Teléfono:</b> 202-619-0403 (voz)<br/>               202-619-3257 (TTY)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>¿CÓMO</b><br>presentar esta solicitud?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Envíe su solicitud completa y firmada a:</p> <p><b>Self-Reliance Programs - Statewide Application Team</b><br/>           PO Box 83720<br/>           Boise, ID 83720-0026</p> <p><b>Fax:</b> 1-866-434-8278<br/> <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:MyBenefits@dhw.idaho.gov">MyBenefits@dhw.idaho.gov</a></p> <p>Las determinaciones de elegibilidad se basan en las reglas y requisitos que pertenecen al programa que solicita. Le diremos si es elegible o no, o le daremos más instrucciones para completar su solicitud. También puede verificar el estado de su solicitud en línea en <a href="http://idalink.idaho.gov">idalink.idaho.gov</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

# Accesibilidad y servicios de interpretación

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW) le ofrece los siguientes servicios gratuitos. Pregunte si necesita la siguiente asistencia para comunicarse más eficazmente con nosotros:

- Ayuda para comprender esta solicitud
- Arreglo especial por una discapacidad
- Servicios de interpretación

Para acceder a cualquiera de estos servicios, llame al: 1-877-456-1233 o 1-800-377-3529 (TTY) o 1-800-377-1363 (voz) para personas con problemas de audición.

|                                  |                                                                                                                                            |                            |                                                                                                                                              |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| English                          | ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-456-1233.                                        | Tagalog (Tagalog/Filipino) | PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-456-1233. |
| Español (Spanish)                | ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-456-1233.                 | Русский (Russian)          | ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-456-1233.                             |
| 繁體中文 (Chinese)                   | 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-456-1233。                                                                                             | Français (French)          | ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-456-1233.             |
| Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian) | OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-877-456-1233.                      | 日本語 (Japanese)             | 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-456-1233 まで、お電話にてご連絡ください。                                                                            |
| 한국어 (Korean)                     | 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-456-1233 번으로 전화해 주십시오.                                                                | Română (Romanian)          | ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-877-456-1233.              |
| नेपाली (Nepali)                  | ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोलुनुहुन्छ भने तपाइंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-877-456-1233 । | Ikirundi (Bantu-Kirundi)   | ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-877-456-1233.                               |
| Tiếng Việt (Vietnamese)          | CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-456-1233.                                | فارسی (Farsi)              | توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان 1233-456-877-1 بگیریید تماس.                                               |
| العربية (Arabic)                 | ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-456-1233                                   | Deutsch (German)           | ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-456-1233.       |

## Derechos de apelación y de audiencia

Tiene el derecho de pedir una audiencia si no está de acuerdo con la decisión tomada por el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Tiene 90 días para solicitar una audiencia para el SNAP, y 30 días para la Asistencia Temporal para Familias en Idaho (TAFI), el Programa para el Cuidado de Niños de Idaho (ICCP), la Ayuda a los Ancianos, Ciegos y Discapacitados (AABD), dinero en efectivo, y Medicaid. Estos plazos comienzan el día después de que el IDHW le dio o le envió por correo un aviso de la acción con la cual usted no está de acuerdo. Tenga en cuenta que se hará una evaluación de elegibilidad para todos los miembros de la familia en el momento que se revise esta apelación.

### Solicite una audiencia o una referencia para asistencia legal a través de uno de los siguientes métodos:

- Llame al 1-877-456-1233 o al 1-800-377-3529 (TTY) o al 1-800-377-1363 (voz).
- Envíenos un correo electrónico a [MyBenefits@dhw.idaho.gov](mailto:MyBenefits@dhw.idaho.gov)
- Llene y envíe el Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial en [mybenefitforms.dhw.idaho.gov](http://mybenefitforms.dhw.idaho.gov)

En la audiencia, puede representarse a sí mismo, utilizar asesoría legal, un familiar, un amigo u otro portavoz.



### idalink

idalink es el sitio web de autoservicio en línea de Idaho donde puede ver información sobre los beneficios que recibe, notificar un cambio y solicitar otros programas ofrecidos por IDHW. Registrarse es fácil. ¡Visite [idalink.idaho.gov](http://idalink.idaho.gov) para comenzar hoy mismo!

# Háblenos de usted

Usted será la persona de contacto principal para esta solicitud, incluso si no solicita ayuda para sí mismo.

Información que es opcional:

- Número de Seguro Social: *opcional para quienes no solicitan y para quienes solicitan Medicaid o asistencia para el cuidado de los niños solamente. Sin embargo, el hecho de no proporcionar un SSN puede dar como resultado la negación de los beneficios del programa SNAP a todos los que no proporcionen un SSN.*
  - Preguntas sobre las vacunas o la declaración de impuestos federales: *opcional si solicita el SNAP solamente.*
- Hispano o latino
  - Preguntas de ciudadanos estadounidenses o nacionales: *opcional para los miembros del hogar que no solicitan asistencia*
  - Raza

¿Le interesa el programa Medicaid para Trabajadores con Discapacidades? ☐ No ☐ Sí

1. ¿Qué tipo de asistencia solicita para usted?  
(Marque todas las opciones que apliquen)

☐ SNAP  
(Asistencia de Alimentos)

☐ Medicaid

☐ TAFI/AABD  
(Asistencia en Efectivo)

☐ ICCP  
(Cuidado de Niños)

☐ Ninguno

2. Nombre completo

Primero

Segundo

Apellido

3. Nombres anteriores  
(en su caso)

Primero

Segundo

Apellido

4. Número de Seguro Social

5. Fecha de nacimiento

6. Sexo

☐ Masculino

☐ Femenino

7. Estado civil

☐ Casado

☐ Divorciado

☐ Separado

☐ Viudo

☐ Nunca he estado casado

8. Dirección física

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

9. Dirección postal  
(si es diferente)

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

10. Correo electrónico

11. Teléfono primario

Tipo de teléfono: ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo

Si no tiene, ¿dónde le podemos dejar un mensaje?

12. ¿Le gustaría nombrar a alguien como su representante autorizado?

☐ No

☐ Si la respuesta es "sí", complete el **Apéndice A**

Puede dar permiso a un amigo, socio o representante de confianza como un "representante autorizado" para hablar con el departamento, ver su información y actuar en su nombre en todos los asuntos relacionados con su caso.

## Solicitud de Asistencia de Alimentos

Si solicita el SNAP, puede comenzar el proceso de solicitud inmediatamente, llenando su nombre y dirección en las preguntas de arriba y firmando abajo. Debe completar el resto de la solicitud y presentarla lo antes posible para recibir una determinación de beneficios. La fecha de presentación es el día en que recibimos una solicitud con su nombre, dirección y firma.

Si solicita el SNAP, ¿su hogar cumple con alguna de las siguientes situaciones? (Marque todas las opciones que apliquen)

- ☐ Su hogar tendrá menos de \$150 de ingresos y menos de \$100 de recursos líquidos (efectivo, cheques y ahorros) este mes
- ☐ Los ingresos y recursos de su hogar son menores que los costos mensuales de vivienda y servicios públicos.
- ☐ Su hogar incluye un trabajador agrícola migrante o estacional

Si usted califica, los beneficios del SNAP de emergencia pueden comenzar dentro de los 7 días de la fecha de esta solicitud.

Nombre en letra de molde del solicitante o el representante autorizado que solicita el SNAP

Firma del solicitante o el representante autorizado que solicita el SNAP

Fecha

# Continúe contándonos acerca de usted

|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. Embarazada                                                                                               | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí la respuesta es "sí", complete a y b.                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                              | a. ¿Cuándo es la fecha de parto?                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                              | b. ¿Cuántos bebés está esperando?                                                                                                                                                                                                                               |
| 14. Las vacunas están al día                                                                                 | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                         |
| 15. Idioma preferido:<br><i>Los servicios de interpretación se enumeran en la portada de esta solicitud.</i> | Hablado                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                              | Escrito                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 16. Intérprete                                                                                               | Do you want an interpreter if you are interviewed? (One will be provided at no cost to you)<br>¿Quiere usted un intérprete si usted sea entrevistado? (Se le proporcionará uno sin costo alguno)<br><br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 17. Raza                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano                                                                                                                                                |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico. Nombre la tribu                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska. Nombre la tribu                                                                                                                                                                                    |
| 18. ¿Hispano o Latino?                                                                                       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                         |
| 19. Ciudadano estadounidense o nacional                                                                      | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                         |
| 20. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estatus migratorio elegible?                                | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete a y b.                                                                                                                                                               |
|                                                                                                              | <i>Se verificará el estatus de extranjero con el USCIS. La respuesta del USCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y la cantidad de beneficios.</i>                                                                                                       |
|                                                                                                              | a. Tipo de documento de inmigración:                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                              | b. Número de ID del documento:                                                                                                                                                                                                                                  |
| 21. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales para el AÑO EN CURSO?                           | <input type="checkbox"/> Si su respuesta es "no", vaya a c. <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete de a al c.                                                                                                                               |
|                                                                                                              | a. ¿Planea presentarla junto con su cónyuge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete i.                                                                                                                      |
|                                                                                                              | i. Nombre del cónyuge                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                              | b. ¿Declarará dependientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete i.                                                                                                                                       |
|                                                                                                              | i. Nombre de los dependientes                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                              | c. ¿A usted se le declarará como dependiente en los impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete i.                                                                                    |
|                                                                                                              | i. Nombre del declarante de impuestos:                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 |

# Cuéntenos acerca de todos los miembros de su familia

A quién debe incluir en esta solicitud:

- Independientemente de los tipos de asistencia que solicite, necesitamos información sobre todos los miembros de su familia.
- Si solicita asistencia de cobertura de salud del estado para cualquier persona menor de 65 años y no discapacitada, necesitamos información sobre todas las personas que planea incluir en su declaración de impuestos federales este año, incluso si no viven con usted.

**Nota:** No necesita declarar impuestos para obtener Medicaid

Lea las preguntas en el centro de la página y complete las respuestas y la información debajo de cada persona.

| Persona 1                                                                                                                                                                                                                                           | Pregunta                                                                              | Persona 2                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> ICCP<br><input type="checkbox"/> TAFI / AABD <input type="checkbox"/> Ninguno                                                                           | 1. Tipos de asistencia solicitada<br>(Marque todas las opciones que apliquen)         | 1. <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> ICCP<br><input type="checkbox"/> TAFI / AABD <input type="checkbox"/> Ninguno                                                                           |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                  | 2. Relación con usted                                                                 | 2.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3. Primero                                                                                                                                                                                                                                          | 3. Nombre                                                                             | 3. Primero                                                                                                                                                                                                                                          |
| Segundo                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                       | Segundo                                                                                                                                                                                                                                             |
| Apellido                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                       | Apellido                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                  | 4. Nombres anteriores<br>(en su caso)                                                 | 4.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                  | 5. Número de Seguro Social                                                            | 5.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                  | 6. Fecha de nacimiento                                                                | 6.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                             | 7. Sexo                                                                               | 7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                             |
| 8. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado<br><input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado                                                          | 8. Estado civil                                                                       | 8. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado<br><input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado                                                          |
| 9. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                          | 9. Las vacunas están al día                                                           | 9. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                          |
| 10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.                                                                                                                                                                        | 10. Embarazada                                                                        | 10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.                                                                                                                                                                        |
| a.                                                                                                                                                                                                                                                  | a. ¿Cuándo es la fecha de parto?                                                      | a.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| b.                                                                                                                                                                                                                                                  | b. ¿Cuántos bebés está esperando?                                                     | b.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                         | 11. Hispano o Latino                                                                  | 11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                         |
| 12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                         | 12. Ciudadano estadounidense o nacional                                               | 12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                         |
| 13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.                                                                                                                                                                        | 13. Si no es ciudadano estadounidense,<br>¿tiene un estatus migratorio elegible?      | 13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.                                                                                                                                                                        |
| a.                                                                                                                                                                                                                                                  | a. Tipo de documento de inmigración                                                   | a.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| b.                                                                                                                                                                                                                                                  | b. Número de ID del documento                                                         | b.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano<br><input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | 14. Raza                                                                              | 14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano<br><input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska |
| a.                                                                                                                                                                                                                                                  | a. Nombre de la tribu                                                                 | a.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 15. <input type="checkbox"/> No, vaya a c. <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                 | 15. ¿Planea presentar una declaración de<br>impuestos federales para el AÑO EN CURSO? | 15. <input type="checkbox"/> No, vaya a c. <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                 |
| a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             | a. ¿Planea presentarla junto con su cónyuge?                                          | a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             |
| i.                                                                                                                                                                                                                                                  | i. Nombre del cónyuge                                                                 | i.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             | b. ¿Declarará dependientes?                                                           | b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             |
| i.                                                                                                                                                                                                                                                  | i. Nombre de los dependientes                                                         | i.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             | c. ¿A usted se le declarará como dependiente<br>en los impuestos de otra persona?     | c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             |
| i.                                                                                                                                                                                                                                                  | i. Nombre del declarante de impuestos                                                 | i.                                                                                                                                                                                                                                                  |

# Continúe contándonos acerca de todos los miembros de su hogar

Lea las preguntas en el centro de la página y complete las respuestas y la información debajo de cada persona.

| Persona 1                                                                                                                                                                                                                                           | Pregunta                                                                              | Persona 2                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> ICCP<br><input type="checkbox"/> TAFI / AABD <input type="checkbox"/> Ninguno                                                                           | 1. Tipos de asistencia solicitada<br>(Marque todas las opciones que apliquen)         | 1. <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> ICCP<br><input type="checkbox"/> TAFI / AABD <input type="checkbox"/> Ninguno                                                                           |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                  | 2. Relación con usted                                                                 | 2.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3. Primero                                                                                                                                                                                                                                          | 3. Nombre                                                                             | 3. Primero                                                                                                                                                                                                                                          |
| Segundo                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                       | Segundo                                                                                                                                                                                                                                             |
| Apellido                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                       | Apellido                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                  | 4. Nombres anteriores<br>(en su caso)                                                 | 4.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                  | 5. Número de Seguro Social                                                            | 5.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                  | 6. Fecha de nacimiento                                                                | 6.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                             | 7. Sexo                                                                               | 7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                                                                                                                                                                             |
| 8. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado<br><input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado                                                          | 8. Estado civil                                                                       | 8. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado<br><input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado                                                          |
| 9. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                          | 9. Las vacunas están al día                                                           | 9. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                          |
| 10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.                                                                                                                                                                        | 10. Embarazada                                                                        | 10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.                                                                                                                                                                        |
| a.                                                                                                                                                                                                                                                  | a. ¿Cuándo es la fecha de parto?                                                      | a.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| b.                                                                                                                                                                                                                                                  | b. ¿Cuántos bebés está esperando?                                                     | b.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                         | 11. Hispano o Latino                                                                  | 11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                         |
| 12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                         | 12. Ciudadano estadounidense o nacional                                               | 12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                         |
| 13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.                                                                                                                                                                        | 13. Si no es ciudadano estadounidense,<br>¿tiene un estatus migratorio elegible?      | 13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.                                                                                                                                                                        |
| a.                                                                                                                                                                                                                                                  | a. Tipo de documento de inmigración                                                   | a.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| b.                                                                                                                                                                                                                                                  | b. Número de ID del documento                                                         | b.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano<br><input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | 14. Raza                                                                              | 14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano<br><input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska |
| a.                                                                                                                                                                                                                                                  | a. Nombre de la tribu                                                                 | a.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 15. <input type="checkbox"/> No, vaya a c. <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                 | 15. ¿Planea presentar una declaración de<br>impuestos federales para el AÑO EN CURSO? | 15. <input type="checkbox"/> No, vaya a c. <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                 |
| a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             | a. ¿Planea presentarla junto con su cónyuge?                                          | a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             |
| i.                                                                                                                                                                                                                                                  | i. Nombre del cónyuge                                                                 | i.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             | b. ¿Declarará dependientes?                                                           | b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             |
| i.                                                                                                                                                                                                                                                  | i. Nombre de los dependientes                                                         | i.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             | c. ¿A usted se le declarará como dependiente<br>en los impuestos de otra persona?     | c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.                                                                                                                                                                             |
| i.                                                                                                                                                                                                                                                  | i. Nombre del declarante de impuestos                                                 | i.                                                                                                                                                                                                                                                  |

# Cuéntenos sobre su situación familiar

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Alguien en su hogar solicita o ya recibe productos tribales?                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 2. ¿Alguien en su hogar solicita o ya recibe cuidados de adopción temporal o asistencia para la adopción?                                                                         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 3. ¿Había alguien en su casa en el sistema de hogares de cuidados de adopción temporal de Idaho cuando cumplieron 18 años? <b>(Si solo solicita el SNAP, omita esta pregunta)</b> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 4. ¿Alguien en su hogar recibe actualmente asistencia de otro estado?                                                                                                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a-c.                                                                                                                                                                                   |
| a. Fechas de la asistencia                                                                                                                                                        | Desde (mes/año): A (mes/año)                                                                                                                                                                                                                             |
| b. En caso de que se reciba asistencia de                                                                                                                                         | Ciudad Condado Estado                                                                                                                                                                                                                                    |
| c. Tipo de asistencia recibida                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF/Efectivo <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños <input type="checkbox"/> Otro:                                            |
| 5. ¿Hay alguien de 65 años o más en su hogar?                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 6. ¿Hay alguien discapacitado en su hogar?                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 7. ¿Alguien que hace la solicitud tiene una solicitud pendiente de Discapacidad del Seguro Social?                                                                                | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 8. ¿Hay alguien en su hogar que trabaje y crea que cumpliría con el estado de discapacidad determinado por la Administración del Seguro Social?                                   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 9. Si solicita la HCA, ¿alguien que hace la solicitud necesita servicios médicos en el hogar? <b>(Si solo solicita el SNAP, omita esta pregunta)</b>                              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 10. ¿Alguno de los solicitantes vive en un centro de atención médica o recibe atención en el hogar? <b>(Si solo solicita el SNAP, omita esta pregunta)</b>                        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a-c. a. ¿Quién?                                                                                                                                                                        |
| b. Tipo de centro o proveedor                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Centro de vivienda con asistencia <input type="checkbox"/> Hogar familiar certificado <input type="checkbox"/> Atención en el hogar                                                  |
| c. Nombre del centro o proveedor                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| d. Teléfono del centro o proveedor                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si solo está solicitando Medicaid y todos los miembros del hogar son menores de 65 años y no tienen ninguna discapacidad, vaya a la <b>pregunta 20.</b>                           |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 11. ¿A alguien de su hogar se le descalificó para recibir asistencia pública debido a una violación intencional del programa?                                                     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién? ¿Cuándo? Estado:                                                                                                                                                                        |
| 12. ¿A alguien de su hogar se le condenó por un delito grave?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| ¿Cumplen con los requisitos de la sentencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 13. ¿Hay alguien en su hogar que huye para evitar ser procesado por un delito grave o ir a la cárcel?                                                                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 14. ¿A alguien de su hogar se le condenó por intercambiar beneficios de cupones de alimentos por armas, municiones o explosivos?                                                  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 15. ¿A alguien de su hogar se le condenó por comprar o vender beneficios del SNAP por más de \$500?                                                                               | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 16. ¿A alguien de su hogar se le condenó por recibir beneficios del SNAP duplicados en algún estado?                                                                              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 17. ¿Hay alguien en su hogar que esté violando las condiciones de libertad condicional?                                                                                           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |
| 18. Si solicita el ICCP, ¿hay alguien en su hogar que participe en un programa de trabajo o capacitación proporcionado por un refugio para personas sin hogar?                    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, pídale a la agencia que provea el formulario de <b>Actividad de Cuidado de Niños</b> . disponible en línea en <a href="https://mybenefitforms.dhw.idaho.gov">mybenefitforms.dhw.idaho.gov</a> . |
| 19. ¿Alguien en su hogar ha recibido \$3500,00 o más en ganancias de lotería o juegos de azar (por vez) dentro de los últimos 12 meses?                                           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, fecha de ganar (dd/mm/aaaa)                                                                                                                                                                     |
| 20. ¿Hay alguien en la lista de esta solicitud que actualmente está encarcelado?                                                                                                  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién?                                                                                                                                                                                         |

*Lea las preguntas en el centro de la página y complete las respuestas y la información debajo de cada persona.*

| Persona 1                                                                                                                               | Pregunta                                                     | Persona 2                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                         | Nombre del estudiante                                        |                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                         | Nombre de la escuela                                         |                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                         | ¿Cuántas horas por semana asiste el estudiante a la escuela? |                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                         | Fecha prevista de graduación                                 |                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad (complete a-d)                                                 | Tipo de escuela (marque uno)                                 | <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad (complete a-d)                                                 |
| <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado                                                                     | a. Tipo de titulación                                        | <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo<br><input type="checkbox"/> Menos de la mitad del tiempo | b. Estado                                                    | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo<br><input type="checkbox"/> Menos de la mitad del tiempo |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                 | c. ¿Al estudiante se le otorgó un estudio de trabajo?        | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                 | d. ¿Todas las clases son en línea?                           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                                                                                 |

Complete lo siguiente para cada niño que viva en su hogar que tenga un padre (o padres) que NO vivan con ellos. Esta información es opcional. Sin embargo, podemos solicitar esta información si se determina que es elegible para Medicaid. Se proporcionará toda la información a los Servicios de manutención de menores para continuar con un caso de manutención menores si es elegible. Si no desea abrir un caso de sostenimiento para niños, debe comunicarse con nosotros llamando al 1-877-456-1233 o al 1-800-377-3529 (TTY) o al 1-800-377-1363 (voz).

Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada padre.

| Otro Padre 1                                                                             | Pregunta                                                             | Otro Padre 2                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                                                       | 1. Nombre del niño                                                   | 1.                                                                                       |
| 2. Primero                                                                               | 2. Nombre del padre que no está en casa                              | 2. Primero                                                                               |
| Segundo                                                                                  |                                                                      | Segundo                                                                                  |
| Apellido                                                                                 |                                                                      | Apellido                                                                                 |
| 3. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, pasar a la siguiente sección | 3. ¿Fallecido                                                        | 3. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, pasar a la siguiente sección |
| 4.                                                                                       | 4. Nombres anteriores de los padres que no están en casa, si los hay | 4.                                                                                       |
| 5. SSN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                             | 5. Número de Seguro Social y sexo                                    | 5. SSN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                             |
| 6. FDN Edad                                                                              | 6. Fecha de nacimiento o edad aproximada                             | 6. FDN Edad                                                                              |
| 7. Calle                                                                                 | 7. Dirección física                                                  | 7. Calle                                                                                 |
| Ciudad                                                                                   |                                                                      | Ciudad                                                                                   |
| Estado Código postal                                                                     |                                                                      | Estado Código postal                                                                     |
| Condado                                                                                  |                                                                      | Condado                                                                                  |
| 8. Calle                                                                                 | 8. Dirección postal<br>(si es diferente)                             | 8. Calle                                                                                 |
| Ciudad                                                                                   |                                                                      | Ciudad                                                                                   |
| Estado Código postal                                                                     |                                                                      | Estado Código postal                                                                     |
| 9.                                                                                       | 9. Correo electrónico                                                | 9.                                                                                       |
| 10.                                                                                      | 10. Teléfono                                                         | 10.                                                                                      |
| 11.                                                                                      | 11. Último empleador conocido                                        | 11.                                                                                      |
| 12.                                                                                      | 12. Última ciudad conocida del empleador                             | 12.                                                                                      |

# Cuéntenos sobre los ingresos de su hogar

**Nota:** Si solo solicita Medicaid y todos los miembros de la familia tienen **menos de 65 años y no están incapacitados**, indique sus **ingresos gravables**.

Para todos los demás programas, cuéntenos sobre todos los ingresos que recibe su hogar. Esto incluye cualquier dinero recibido por un adulto, o por niños, de 16 años de edad o mayores, que no asisten a la escuela secundaria. Queremos saber acerca de los últimos 30 días, así como cualquier dinero recibido trimestral o anualmente. También queremos saber acerca de los ingresos de cualquier trabajo que haya empezado o que vaya a empezar en los próximos 30 días. Los tipos de ingresos incluyen:

**No ganados**

**Sueldos o salarios de:**

- Prestaciones por desempleo
- Ganancias de juegos y lotería
- Ingresos por alquiler
- Seguridad Social y veteranos
- Ingresos por discapacidad
- Ingreso por jubilación o pensión
- Regalos en efectivo
- Sosténimiento para los niños

**Ganado**

**Sueldos o salarios des:**

- Empleo
- Autoempleo (incluyendo ser dueño de su propio negocio, trabajos ocasionales, cuidar niños, recoger latas, donar plasma, etc.).

Ingreso 1

Nombre de la persona con ingresos

**Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.**

|                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del empleador                     | Número de teléfono del empleador                                                                                                                                                                                   |
| Promedio de horas trabajadas cada semana | Salarios o propinas (antes de impuestos)                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga?          | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |
| Se espera que cambien los ingresos       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿por qué? (aumento, cambio de horas, etc.) ¿Cuándo?                                                                                                       |

**Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.**

|                                         |                                          |                              |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|
| Nombre de la empresa                    | Tipo de trabajo                          |                              |
| Ingresos brutos estimados para este mes | Promedio de horas trabajadas cada semana | Número de años en el negocio |

**Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fuente de ingreso               | Cantidad                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga? | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |
| Fuente de ingreso               | Cantidad                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga? | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |

**Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.**

|                                      |                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fuente de la pensión alimenticia     |                                                                                                                                                                                                                    |
| Fecha ordenada por el juez (mes/año) | Monto de la pensión alimenticia                                                                                                                                                                                    |
| ¿Con qué frecuencia se le paga?      | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |

Ingreso 2

Nombre de la persona con ingresos

**Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.**

|                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del empleador                     | Número de teléfono del empleador                                                                                                                                                                                   |
| Promedio de horas trabajadas cada semana | Salarios o propinas (antes de impuestos)                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga?          | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |
| Se espera que cambien los ingresos       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿por qué? (aumento, cambio de horas, etc.) ¿Cuándo?                                                                                                       |

**Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.**

|                                         |                                          |                              |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|
| Nombre de la empresa                    | Tipo de trabajo                          |                              |
| Ingresos brutos estimados para este mes | Promedio de horas trabajadas cada semana | Número de años en el negocio |

**Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fuente de ingreso               | Cantidad                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga? | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |
| Fuente de ingreso               | Cantidad                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga? | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |

**Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.**

|                                      |                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fuente de la pensión alimenticia     |                                                                                                                                                                                                                    |
| Fecha ordenada por el juez (mes/año) | Monto de la pensión alimenticia                                                                                                                                                                                    |
| ¿Con qué frecuencia se le paga?      | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |

# Continúe informándonos sobre los ingresos de su hogar

## Ingreso 3

Nombre de la persona con ingresos

**Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.**

|                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del empleador                     | Número de teléfono del empleador                                                                                                                                                                                   |
| Promedio de horas trabajadas cada semana | Salarios o propinas (antes de impuestos)                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga?          | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |
| Se espera que cambien los ingresos       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿por qué? (aumento, cambio de horas, etc.) ¿Cuándo?                                                                                                       |

**Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.**

|                                         |                                          |                              |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|
| Nombre de la empresa                    | Tipo de trabajo                          |                              |
| Ingresos brutos estimados para este mes | Promedio de horas trabajadas cada semana | Número de años en el negocio |

**Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fuente de ingreso               | Cantidad                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga? | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |
| Fuente de ingreso               | Cantidad                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga? | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |

**Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.**

|                                      |                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fuente de la pensión alimenticia     |                                                                                                                                                                                                                    |
| Fecha ordenada por el juez (mes/año) | Monto de la pensión alimenticia                                                                                                                                                                                    |
| ¿Con qué frecuencia se le paga?      | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |

## Ingreso 4

Nombre de la persona con ingresos

**Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.**

|                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del empleador                     | Número de teléfono del empleador                                                                                                                                                                                   |
| Promedio de horas trabajadas cada semana | Salarios o propinas (antes de impuestos)                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga?          | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |
| Se espera que cambien los ingresos       | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿por qué? (aumento, cambio de horas, etc.) ¿Cuándo?                                                                                                       |

**Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.**

|                                         |                                          |                              |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|
| Nombre de la empresa                    | Tipo de trabajo                          |                              |
| Ingresos brutos estimados para este mes | Promedio de horas trabajadas cada semana | Número de años en el negocio |

**Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fuente de ingreso               | Cantidad                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga? | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |
| Fuente de ingreso               | Cantidad                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Con qué frecuencia se le paga? | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |

**Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.**

|                                      |                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fuente de la pensión alimenticia     |                                                                                                                                                                                                                    |
| Fecha ordenada por el juez (mes/año) | Monto de la pensión alimenticia                                                                                                                                                                                    |
| ¿Con qué frecuencia se le paga?      | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)? |

# Cuéntenos de sus vehículos y cuentas bancarias

Si solo solicita cobertura de salud del estado y todos los miembros del hogar son menores de 65 años y no están incapacitados, **pase a la página 12**. De lo contrario, complete esta sección.

Vehículos de motor

Cuéntenos sobre todos los vehículos, incluyendo autos, camiones, motocicletas, remolques, botes, motos de nieve y otros vehículos recreativos que posee su hogar.

|                             |                                                                                  |                                                                                                  |                                                |              |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|
| Propietario                 |                                                                                  |                                                                                                  |                                                | Valor actual |
| Año, marca, modelo          |                                                                                  |                                                                                                  |                                                |              |
| Uso primario<br>(elija uno) | <input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo              | <input type="checkbox"/> Recreativos                                                             | <input type="checkbox"/> Uso personal o diario |              |
|                             | <input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas | <input type="checkbox"/> Residencia                                                              | <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo    |              |
|                             | <input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo                       | <input type="checkbox"/> Producción de ingresos<br>(taxi, transporte compartido, entregas, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro                  |              |

|                             |                                                                                  |                                                                                                  |                                                |              |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|
| Propietario                 |                                                                                  |                                                                                                  |                                                | Valor actual |
| Año, marca, modelo          |                                                                                  |                                                                                                  |                                                |              |
| Uso primario<br>(elija uno) | <input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo              | <input type="checkbox"/> Recreativos                                                             | <input type="checkbox"/> Uso personal o diario |              |
|                             | <input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas | <input type="checkbox"/> Residencia                                                              | <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo    |              |
|                             | <input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo                       | <input type="checkbox"/> Producción de ingresos<br>(taxi, transporte compartido, entregas, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro                  |              |

|                             |                                                                                  |                                                                                                  |                                                |              |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|
| Propietario                 |                                                                                  |                                                                                                  |                                                | Valor actual |
| Año, marca, modelo          |                                                                                  |                                                                                                  |                                                |              |
| Uso primario<br>(elija uno) | <input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo              | <input type="checkbox"/> Recreativos                                                             | <input type="checkbox"/> Uso personal o diario |              |
|                             | <input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas | <input type="checkbox"/> Residencia                                                              | <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo    |              |
|                             | <input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo                       | <input type="checkbox"/> Producción de ingresos<br>(taxi, transporte compartido, entregas, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro                  |              |

|                             |                                                                                  |                                                                                                  |                                                |              |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------|
| Propietario                 |                                                                                  |                                                                                                  |                                                | Valor actual |
| Año, marca, modelo          |                                                                                  |                                                                                                  |                                                |              |
| Uso primario<br>(elija uno) | <input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo              | <input type="checkbox"/> Recreativos                                                             | <input type="checkbox"/> Uso personal o diario |              |
|                             | <input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas | <input type="checkbox"/> Residencia                                                              | <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo    |              |
|                             | <input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo                       | <input type="checkbox"/> Producción de ingresos<br>(taxi, transporte compartido, entregas, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro                  |              |

Cheques o ahorros

Cuéntenos acerca de todas las cuentas bancarias que tiene su familia.

|                                 |  |  |  |                |
|---------------------------------|--|--|--|----------------|
| Titular principal de la cuenta  |  |  |  | Tipo de cuenta |
| Nombre de la entidad financiera |  |  |  |                |
| Número de cuenta                |  |  |  | Saldo actual   |

|                                 |  |  |  |                |
|---------------------------------|--|--|--|----------------|
| Titular principal de la cuenta  |  |  |  | Tipo de cuenta |
| Nombre de la entidad financiera |  |  |  |                |
| Número de cuenta                |  |  |  | Saldo actual   |

|                                 |  |  |  |                |
|---------------------------------|--|--|--|----------------|
| Titular principal de la cuenta  |  |  |  | Tipo de cuenta |
| Nombre de la entidad financiera |  |  |  |                |
| Número de cuenta                |  |  |  | Saldo actual   |

|                                 |  |  |  |                |
|---------------------------------|--|--|--|----------------|
| Titular principal de la cuenta  |  |  |  | Tipo de cuenta |
| Nombre de la entidad financiera |  |  |  |                |
| Número de cuenta                |  |  |  | Saldo actual   |

# Cuéntenos sobre sus recursos y propiedades

Si solo solicita cobertura de salud del estado y todos los miembros del hogar son menores de 65 años y no están incapacitados, **pase a la página 12**. De lo contrario, complete esta sección.

Recursos

Cuéntenos sobre todos los recursos que posee su familia, incluyendo efectivo en mano, acciones, bonos, fondos mutuos, 401K, IRA, fideicomisos, CD, pólizas de seguro de vida, fondos de sepelio, etc.

|                                 |  |                 |  |
|---------------------------------|--|-----------------|--|
| Propietario                     |  | Tipo de recurso |  |
| Nombre de la entidad financiera |  |                 |  |
| Número de cuenta                |  | Valor actual    |  |
| Propietario                     |  | Tipo de recurso |  |
| Nombre de la entidad financiera |  |                 |  |
| Número de cuenta                |  | Valor actual    |  |
| Propietario                     |  | Tipo de recurso |  |
| Nombre de la entidad financiera |  |                 |  |
| Número de cuenta                |  | Valor actual    |  |
| Propietario                     |  | Tipo de recurso |  |
| Nombre de la entidad financiera |  |                 |  |
| Número de cuenta                |  | Valor actual    |  |

Propiedad

Cuéntenos sobre todas las otras propiedades (incluyendo su casa) que sean propiedad de cualquier persona en su hogar. Esto incluye terrenos, edificios, propiedades de alquiler, etc.

|                           |                                                                                                                                                            |                   |  |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| Propietario               |                                                                                                                                                            | Tipo de propiedad |  |
| Dirección de la propiedad |                                                                                                                                                            | Valor             |  |
| Uso primario              | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro: |                   |  |
| Propietario               |                                                                                                                                                            | Tipo de propiedad |  |
| Dirección de la propiedad |                                                                                                                                                            | Valor             |  |
| Uso primario              | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro: |                   |  |
| Propietario               |                                                                                                                                                            | Tipo de propiedad |  |
| Dirección de la propiedad |                                                                                                                                                            | Valor             |  |
| Uso primario              | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro: |                   |  |
| Propietario               |                                                                                                                                                            | Tipo de propiedad |  |
| Dirección de la propiedad |                                                                                                                                                            | Valor             |  |
| Uso primario              | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro: |                   |  |

Venta o transferencia de recursos y propiedad

Cuéntenos sobre las personas en su hogar que hayan vendido, transferido o regalado dinero en efectivo, propiedades, vehículos u otros activos en los últimos cinco años.

|                         |                  |                        |  |
|-------------------------|------------------|------------------------|--|
| Propietario             |                  | ¿Qué activo?           |  |
| Fecha de la transacción | Importe recibido | Valor justo de mercado |  |
| Propietario             |                  | ¿Qué activo?           |  |
| Fecha de la transacción | Importe recibido | Valor justo de mercado |  |
| Propietario             |                  | ¿Qué activo?           |  |
| Fecha de la transacción | Importe recibido | Valor justo de mercado |  |
| Propietario             |                  | ¿Qué activo?           |  |
| Fecha de la transacción | Importe recibido | Valor justo de mercado |  |
| Propietario             |                  | ¿Qué activo?           |  |
| Fecha de la transacción | Importe recibido | Valor justo de mercado |  |

# Cuéntenos sobre sus gastos del hogar

Si solo solicita cobertura de salud del estado y todos los miembros del hogar son menores de 65 años y no están incapacitados, **pase a la página 12**. De lo contrario, complete esta sección. Sus Cupones de Alimentos pueden aumentar si tiene gastos como el cuidado de niños o adultos, paga manutención por niños menores que no viven con usted, costos de vivienda, gastos médicos (incluyendo recetas) para personas con discapacidad o mayores de 65 años, y gastos de servicios públicos. Sin embargo, si no reporta o verifica cualquiera de estos gastos, se entenderá que no desea una deducción por los gastos no reportados o no verificados.

**Gastos de alojamiento**

Cuéntenos sobre sus gastos de alojamiento. Cuando nos diga la cantidad de cada gasto, incluya solo la cantidad que USTED paga.

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Alquiler (de residencia)                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:                             |
| Nombre del propietario                                                                                                                                                    | Número de teléfono                                                                                                                                                                                                  |                                                                           |
| Alquiler de espacio                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:                             |
| Hipoteca                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:                             |
| ¿El monto de su hipoteca incluye alguno de los siguientes gastos?<br><i>Si no paga un gasto de hipoteca, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en el campo de gastos.</i> | Riego                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual: |
|                                                                                                                                                                           | Impuestos a la propiedad                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual: |
|                                                                                                                                                                           | Cuotas de mantenimiento                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual: |
|                                                                                                                                                                           | Seguro para propietarios de vivienda                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual: |
| Segunda hipoteca                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:                             |
| Marque las casillas de cada servicio público que pague y que NO esté incluido en su alquiler o hipoteca                                                                   | <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Refrigeración <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Teléfono |                                                                           |

**Gastos de cuidado de dependientes**

Cuéntenos sobre cualquier cuidado de niños, cuidado de adultos discapacitados o cuidado de ancianos que usted pague. Si solicita el ICCP, su proveedor también debe completar un formulario de proveedor de cuidado para niños, que se encuentra en [mybenefitforms.dhw.idaho.gov](#).

|                            |                                  |                            |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Nombre del dependiente     |                                  |                            |
| Cargo total por asistencia | Importe que usted paga           | Con qué frecuencia lo paga |
| Nombre del proveedor       | Número de teléfono del proveedor |                            |
| Dirección del proveedor    |                                  |                            |
| Nombre del dependiente     |                                  |                            |
| Cargo total por asistencia | Importe que usted paga           | Con qué frecuencia lo paga |
| Nombre del proveedor       | Número de teléfono del proveedor |                            |
| Provider's address         |                                  |                            |
| Nombre del dependiente     |                                  |                            |
| Cargo total por asistencia | Importe que usted paga           | Con qué frecuencia lo paga |
| Nombre del proveedor       | Número de teléfono del proveedor |                            |
| Dirección del proveedor    |                                  |                            |

**Gastos de sostenimiento para los niños**

Cuéntenos sobre cualquier gasto de sostenimiento para los niños o atrasos que usted pague a alguien que no esté en su hogar.

|                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Nombre de la persona con el gasto | Importe que usted paga     |
| ¿Quién recibe el pago?            | Con qué frecuencia lo paga |
| Nombre de la persona con el gasto | Importe que usted paga     |
| ¿Quién recibe el pago?            | Con qué frecuencia lo paga |
| Nombre de la persona con el gasto | Importe que usted paga     |
| ¿Quién recibe el pago?            | Con qué frecuencia lo paga |

**Gastos individuales**

Cuéntenos sobre cualquier gasto individual que corresponda SOLAMENTE a las personas en su hogar que tienen 65 años o más (60 si solicitan el SNAP) o están incapacitadas. Los gastos permitidos incluyen algunos gastos médicos y primas de seguro de salud privado que usted paga.

|                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Nombre de la persona con el gasto | Monto que paga             |
| Tipo de gasto                     | Con qué frecuencia lo paga |
| Nombre de la persona con el gasto | Monto que paga             |
| Tipo de gasto                     | Con qué frecuencia lo paga |
| Nombre de la persona con el gasto | Monto que paga             |
| Tipo de gasto                     | Con qué frecuencia lo paga |
| Nombre de la persona con el gasto | Monto que paga             |
| Tipo de gasto                     | Con qué frecuencia lo paga |

# Cuéntenos sobre su situación de cobertura de salud del estado

Si solo solicita el SNAP o el ICCP, **pase a la página 13.**

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                  |                                                          |                                                   |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1. ¿Alguien que solicita Medicaid quiere ayuda para pagar los gastos médicos de los <b>últimos tres (3) meses</b> ? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.                                                                                         |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | a. Nombre de la persona con gastos:                                                                                                                              |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | b. ¿Para cuál de los últimos tres meses necesita ayuda? Incluya el ingreso familiar bruto (antes de impuestos) que recibió su familia en cada uno de esos meses. |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Nombre del mes:                                                                                                                         |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | Ingresos brutos mensuales                                                                                                                                        |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Nombre del mes:                                                                                                                         |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | Ingresos brutos mensuales                                                                                                                                        |                                                          |                                                   |                                               |
| 2. ¿Alguna de las personas que solicita Medicaid recibe actualmente cobertura de algún seguro de salud?             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.                                                                                         |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | a. ¿Quién?                                                                                                                                                       |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | b. Tipo de seguro                                                                                                                                                |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                  |                                                          |                                                   |                                               |
| 4. ¿Algún niño ( <i>menor de 19 años</i> ) que hace la solicitud, recibe actualmente cobertura de salud del estado? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a y b para cada niño que reciba cobertura.                                |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | a. <b>Nombre del niño:</b>                                                                                                                                       |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | b. ¿Cuáles de los siguientes servicios están cubiertos por el seguro de salud privado de este niño? <i>(Marque todas las opciones que apliquen)</i>              |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Servicios de hospitalización y ambulatorios                                                                                             | <input type="checkbox"/> Servicios quirúrgicos y médicos | <input type="checkbox"/> Servicios de laboratorio | <input type="checkbox"/> Servicios de rayos X |
|                                                                                                                     | a. <b>Nombre del niño:</b>                                                                                                                                       |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | b. ¿Cuáles de los siguientes servicios están cubiertos por el seguro de salud privado de este niño? <i>(Marque todas las opciones que apliquen)</i>              |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Servicios de hospitalización y ambulatorios                                                                                             | <input type="checkbox"/> Servicios quirúrgicos y médicos | <input type="checkbox"/> Servicios de laboratorio | <input type="checkbox"/> Servicios de rayos X |
|                                                                                                                     | a. <b>Nombre del niño:</b>                                                                                                                                       |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | b. ¿Cuáles de los siguientes servicios están cubiertos por el seguro de salud privado de este niño? <i>(Marque todas las opciones que apliquen)</i>              |                                                          |                                                   |                                               |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Servicios de hospitalización y ambulatorios                                                                                             | <input type="checkbox"/> Servicios quirúrgicos y médicos | <input type="checkbox"/> Servicios de laboratorio | <input type="checkbox"/> Servicios de rayos X |

# Derechos y responsabilidades

Lea y escriba sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones para todos los tipos de asistencia.

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Mi firma certifica que la información en esta solicitud es verdadera y precisa. Se me podría sancionar y se me podría exigir que devuelva cualquier beneficio que reciba si mi información no es verdadera. Las sanciones pueden incluir acciones administrativas, civiles o penales en mi contra, incluyendo el procesamiento.</b>                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <b>Doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o las personas que designe recopilen, usen y divulguen mi información, incluyendo mi número de Seguro Social. Entiendo que la información es necesaria para proporcionar beneficios o servicios, obtener el pago de mis beneficios o servicios, y para las operaciones comerciales normales del departamento.</b>                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el departamento ya haya utilizado y divulgado mi información. Si revoco este consentimiento, el departamento no proporcionará más beneficios o servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | Mi firma indica que he recibido una copia de las Prácticas de privacidad del departamento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | Tengo la obligación de informar cuando el ingreso mensual de mi hogar exceda el límite bruto para el tamaño de mi hogar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | Se me notificará del derecho de apelar las decisiones del departamento y puedo contactarlo para obtener información sobre el proceso de apelación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | Entiendo que todos los miembros adultos del hogar pueden ser responsables de pagar los beneficios si el hogar recibió beneficios a los que no tenía derecho. Esto aplica para una emisión excesiva de beneficios ocasionada por un error de la agencia, un error doméstico inadvertido y violaciones intencionales al programa. Si hay un sobrepago de beneficios a su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los SSN de adultos, puede ser referida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobros de reclamos para que se le cobre. |
| <input type="checkbox"/> | Esta información puede revelarse a otras agencias federales y estatales para que la examinen oficialmente, y a las fuerzas policiales, para que detengan a las personas que huyen para eludir la ley.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | La información disponible a través del sistema de verificación de elegibilidad de ingresos (IEVS), y otras fuentes en línea, se utiliza y puede ser verificada a través de un tercero cuando se descubren diferencias entre el sistema y lo que usted indica. Esta información puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios.                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | Es posible que se me pida que coopere con revisores estatales o federales que se asegurarán de que mis beneficios sean correctos. Es posible que no sea elegible para recibir beneficios si no coopero.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | Como parte de mi solicitud, entiendo que el IDHW abrirá un caso de sostenimiento para los niños y que debo cooperar con los Servicios de Sostenimiento para los Niños.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## Firma (obligatoria)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Mi firma confirma que he leído y entendido los derechos y responsabilidades listados en esta página y lo que se requiere que indique.

Nombre en letra de molde del solicitante o representante autorizado

Firma del solicitante o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde del solicitante o representante autorizado  
HW20005 | Rev. 03/23/2022

Firma del solicitante o representante autorizado

Fecha

Lea y escriba sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones si alguien solicita el SNAP (anteriormente, cupones de alimentos).

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Para recibir el SNAP, es posible que se me pida que participe en programas de trabajo. No hacerlo puede resultar en una pérdida o disminución de los beneficios.                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | Es ilegal regalar mi tarjeta EBT o cambiar los beneficios de mi tarjeta por dinero en efectivo, armas de fuego, drogas u otros bienes y servicios. Las sanciones incluyen multas, encarcelamiento y descalificación de beneficios futuros. Los beneficios que recibo son solo para mí y para los miembros de mi familia. No puedo usar mis beneficios del SNAP para individuos que no forman parte de mi hogar. |

Lea y escriba sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones si alguien solicita la Medicaid

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Si se determina que soy elegible para Medicaid, el plan en el que me inscribirán dependerá de mis necesidades individuales.                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | Mi firma o la firma de mi representante autoriza a las oficinas estatales a comunicarse con las compañías de seguros relacionadas con la asistencia médica de mi hijo o mías.                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | Si recibo Medicaid después de los 55 años de edad, mi patrimonio puede estar sujeto a la recuperación de los gastos médicos pagados en mi nombre, y cualquier transferencia de bienes puede ser anulada por un tribunal si no recibo el valor adecuado. |
| <input type="checkbox"/> | Tengo derecho a elegir un médico de atención primaria de Healthy Connections para solicitar remisiones para recibir servicios, y a cambiar de médico o clínica si mis circunstancias cambian.                                                           |

Lea y escriba sus iniciales en la siguiente declaración si alguien solicita el TAFI o el AABD

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Si recibo asistencia en efectivo (TAFI o AABD), no puedo retirar beneficios en efectivo ni usar fondos de beneficios en efectivo para comprar productos y servicios en establecimientos de juego, licorerías y tabacaleras, lugares de entretenimiento para adultos, otros establecimientos que prohíben la entrada a personas menores de 18 años, o tatuajes, perforaciones corporales u otros salones de marcado corporal. |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Lea y escriba sus iniciales en la siguiente declaración si alguien solicita el ICCP

|                          |                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Si se determina que soy elegible para el Programa de Cuidado de Niños de Idaho (ICCP), puedo ser responsable de pagar parte de los costos de mi cuidado de niños. |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# Apéndice A

## Formulario de representante autorizado

Puede autorizar a una persona de confianza, como un amigo, compañero, asistente social de un tercero o una organización, para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y representarlo en todos los asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud o información de renovación en su nombre. A esta figura se le llama "representante autorizado".

Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado o revocar el acceso a su información, comuníquese con el departamento para completar un nuevo formulario de representante autorizado o para actualizar su información sobre quién puede acceder a su cuenta.

**Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, debe enviar pruebas de ello, como un poder legal, junto con la solicitud.**

### Háblenos de usted

|                            |        |         |          |
|----------------------------|--------|---------|----------|
| 1. Nombre                  | Primer | Segundo | Apellido |
| 2. Número de seguro social |        |         |          |
| 3. Fecha de nacimiento     |        |         |          |

### Díganos a quién desea nombrar como su representante autorizado

|                                |           |         |                  |                                |                                  |                                  |
|--------------------------------|-----------|---------|------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Nombre                      | Primer    | Segundo | Apellido         |                                |                                  |                                  |
| 2. Relación con el solicitante |           |         |                  |                                |                                  |                                  |
| 3. Dirección de correo         | Dirección | Ciudad  | Estado           | Código postal                  | Condado                          |                                  |
| 4. Teléfono                    |           |         | Tipo de teléfono | <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Celular |
| 5. Correo electrónico          |           |         |                  |                                |                                  |                                  |

### Complete esta sección para que una organización sea su representante autorizado

|                                         |           |        |        |               |         |
|-----------------------------------------|-----------|--------|--------|---------------|---------|
| 1. Nombre de la organización            |           |        |        |               |         |
| 2. ID de la organización<br>(si aplica) |           |        |        |               |         |
| 3. Dirección de correo                  | Dirección | Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
| 4. Teléfono                             |           |        |        |               |         |
| 5. Correo electrónico<br>(si aplica)    |           |        |        |               |         |

### Firma

Como representante autorizado, entiendo que estoy de acuerdo con mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por el Departamento de Salud y Bienestar. Para Medicaid, entiendo que cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente use o divulgue información en violación de la sección 1411(g) de la Ley de Cuidados de la Salud Asequible estará sujeta a un CMP de no más de \$25 000 como se ajusta anualmente de conformidad con la parte 102 del título 45 del CFR por persona o entidad, por uso o divulgación, de acuerdo con las bases y el proceso de imposición de penalidades civiles especificados en la sección 155.285, además de otras penalidades que puedan ser prescritas por la ley.

|                                                                                                                                                                                         |                                    |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|
| Nombre en letra de molde del representante autorizado<br>(En el caso de una organización, proporcione el nombre de alguien que atestigüe los términos y condiciones de este formulario) | Firma del representante autorizado | Fecha |
|                                                                                                                                                                                         |                                    |       |
| Nombre impreso del solicitante                                                                                                                                                          | Firma del solicitante              | Fecha |