

Solicitud de servicios

¿Qué tengo que hacer para recibir beneficios?

1. Consiga una solicitud (DHS 0415F).

Para hacerlo:

- Imprímala de <https://apps.state.or.us/Forms/Served/ds0415F.pdf>
- Llame a la oficina local de autosuficiencia para que le envíen una por correo.
- Pida una copia en la oficina local de autosuficiencia.
- Sólo para beneficios de comida SNAP, puede presentar la solicitud en línea en: <https://apps.state.or.us/connect>

Para encontrar la oficina más cercana, llame al 211 o visite www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx

2. Llene la solicitud.

- **Cuidado de niños**, Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo (*Employment Related Day Care* o ERDC): Para familias de bajos ingresos que trabajan. Más información en <http://www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE>
Para solicitarlo, llene las páginas 1 – 5, lea las páginas 13 – 16 y firme la página 16.
- **Beneficios de comida**, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (*Supplemental Nutrition Assistance Program* o SNAP): Ayuda para comprar comida. Para solicitarlo, llene las páginas 1 – 7, lea las páginas 12 – 16 y firme la página 16. **Puede presentar la página 1 con sólo su nombre, dirección y firma para presentar la solicitud para beneficios de comidas e iniciar el proceso de solicitud.** Si usted tiene derecho a recibir beneficios, comenzará a recibir beneficios de comidas en la fecha de esta presentación.
- **Asistencia médica:** Para solicitar cobertura de salud, visite OregonHealthCare.gov o llame al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY), de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y pida una solicitud.
- **Asistencia en efectivo**, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families* o TANF): Para familias de muy bajos ingresos que tienen hijos menores dependientes, aquellas que están en la última etapa del embarazo. Asistencia en Efectivo para Refugiados: Para los refugiados que están dentro del período de ocho meses en los Estados Unidos. Para solicitar asistencia en efectivo, llene toda la solicitud.

3. Presente la solicitud.

Puede enviarla por correo, por fax o entregarla en la oficina de autosuficiencia local. (*Puede hacer una copia con la fecha sellada para sus registros.*) Si usted es un nuevo refugiado que llegó a los EEUU durante los últimos 8 meses y reside en los condados de Multnomah, Washington o Clackamas, presente su solicitud en su oficina local de reasentamiento de refugiados. Lo atenderán en el Proyecto de Servicios para Casos de Refugiados (*Refugee Case Service Project* o RCSP).

4. Haga una cita para una entrevista con un trabajador(a).

Podemos revisar la solicitud con usted durante una entrevista. Es importante que no falte a la entrevista. Avísenos si necesita cambiar la fecha.

¿Qué pasa si necesito beneficios de comida de inmediato?

Si usted es elegible, podemos darle beneficios de comida en 7 días.

Para ello debe ocurrir una de las siguientes cosas:

- usted gana menos de \$150 por mes y tiene \$100 o menos en efectivo y en cuentas de banco;
- el total de sus ingresos mensuales, dinero en efectivo y en el banco es menor que el total de sus gastos de vivienda y servicios públicos de un mes; o
- usted es un trabajador agrícola migrante o estacional y tiene muy poco dinero.

Usted debe ser capaz de presentar comprobante de su identidad.

¿Qué tengo que llevar a la entrevista?

Es posible que tenga que llevar:

1. Su documento de identidad.
2. Comprobante de sus ingresos.
3. Números de Seguro Social de todas las personas de su casa que quieren beneficios.
4. Comprobante de la situación legal de inmigración de las personas que quieren beneficios.

Por favor avísenos si necesita ayuda para conseguir la información. Posiblemente podamos ayudarle.

Si soy elegible, ¿cuándo comienzan mis beneficios?

- Los *beneficios en efectivo* por lo general empiezan en la fecha en que recibimos la solicitud. La cantidad de sus beneficios está basada en esta fecha.
- Los *beneficios de comida* por lo general comienzan según la fecha en que recibimos la solicitud. La cantidad de sus beneficios también depende de esta fecha.
- Los *beneficios para cuidado de niños* empiezan el primer día del mes en que usted los solicite, si es elegible. Sin embargo, la fecha efectiva de pago no puede ser anterior a la fecha en que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) apruebe al proveedor que usted haya elegido.

Números de Seguro Social (NSS) y ciudadanía

Si presenta una solicitud para otra persona, y no para usted, no necesitamos su NSS ni su condición de ciudadanía. Las personas que no son ciudadanas de Estados Unidos también pueden tener derecho a recibir ciertos beneficios. Si usted no tiene NSS, otros miembros de la familia que tengan NSS pueden ser elegibles. En la página 13 se explica por qué el Departamento de Servicios Humanos (*Department of Human Services* o DHS) solicita los NSS y para qué se usa cada uno de ellos.

No se requieren números de Seguro Social para recibir Asistencia en Efectivo para Refugiados.

Usted puede obtener este documento en otros idiomas, letra grande, Braille o el formato de su preferencia. Para solicitar este formulario en otro formato o idioma, llame a la oficina local o al 711 para TTY. Para ver la lista de oficinas locales, visite

<http://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx>.

Agency use only:	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:	Date of request:	Filing date:
	Expedited service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appointment date/time:	Receptionist ID:	MA notice <input type="checkbox"/>		

Hable con un empleado si necesita ayuda para llenar este formulario.

Idioma que habla: _____

Avísenos si necesita:

Un intérprete Un intérprete para el lenguaje de señas

Traducción escrita (*indicar idioma*): _____

Materiales en: Braille Letra grande Cinta de audio Disco de computadora Presentación oral

Sobre usted

Nombre completo (*apellido, primer nombre, inicial*) _____ Nombre de soltera (*otros nombres que usó*) _____

_____-_____-_____-_____-_____-_____- _____-_____-_____-_____-_____-_____- _____

N° de Seguro Social Teléfono N° de mensajes (*marque uno*) Correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección postal (*si es diferente*) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma del solicitante (*fecha de presentación para comidas*). Todos los programas, firme la página 16. Fecha _____

Para su solicitud de beneficios de comida llene las páginas 1–7 y firme en la página 16.

- Solicito: Cuidado de niños Ayuda por violencia doméstica Comida
 Dinero en efectivo para familias Asistencia en Efectivo para Refugiados
- ¿Piensa quedarse en Oregón? Sí No
- Alguna de las personas para quien usted solicita beneficios, ¿recibió servicios de otro estado en los últimos 30 días? Sí No
Si contestó "sí" ¿dónde? _____ Último día que los recibió: _____
- ¿Quiere autorizar a otra persona para que solicite o reciba beneficios en nombre de usted? Sí No
- ¿Por lo general compra comida y come con todas las personas que viven con usted? Sí No
Si contestó "no", ¿quién compra comida por separado? _____

¿Tiene usted una necesidad inmediata?

- Por favor conteste las siguientes preguntas sobre usted y las personas para quienes solicita beneficios:
 - ¿Tiene alguien ingresos de \$150 o más por mes? Sí No
 - ¿Tiene alguien \$100 o más en efectivo o en cuentas de cheques o de ahorros? Sí No
 - Su alquiler y gastos mensuales de servicios públicos, ¿son más que la suma de su ingreso mensual, su efectivo y el dinero de sus cuentas bancarias? Sí No
 - ¿Es alguien trabajador agrícola migratorio o estacional? Sí No

Si contestó "sí", ¿tiene alguien \$100 o más en efectivo o en cuentas de cheques o de ahorros? Sí No

¿Recibirá usted ingresos de \$25 o más en los próximos 10 días? Sí No
- ¿Necesita un lugar para vivir? Sí No
- ¿Tiene un aviso de desalojo o de juicio hipotecario? Sí No
- ¿Recibió o espera recibir un aviso de corte de servicios públicos? Sí No
- ¿Necesita escapar de una situación abusiva o peligrosa? Sí No
- Su compañero(a), ¿le hace sentir miedo con amenazas, gritos o lesiones físicas a usted? Sí No

1. Sobre las personas que viven en su casa

Conteste abajo sobre todas las personas que viven en su casa. No tiene obligación de dar información sobre etnia o raza. Esto no afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a cumplir con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Conteste para todas las personas que quieren beneficios.

Nombre completo (*apellido, nombre, inicial*) _____
Yo

Fecha de nac. (*mm/dd/aaaa*) _____ **Parentesco** (*madre, hijo*) _____

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Casado Soltero Viudo
 Divorciado Casado, pero separado

Etnia: Hispano/Latino No hispano/latino

Herencia racial: Asiático Blanco
 Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico
 Indígena americano o nativo de Alaska
 Negro o afroamericano

Marque a continuación los beneficios que pide para esta persona:
 Ninguno Comida Cuidado de niños
 Efectivo Ayuda por violencia doméstica

¿Tiene esta persona una discapacidad? Sí No

Para beneficios de comida y en efectivo, ¿tiene esta persona una orden de arresto pendiente? Sí No

Último año escolar que terminó: _____

Nº de Seguro Social: [][][][]-[][][]-[][][][]

¿Es ciudadano de los EE.UU.? Sí No

Si contestó "no", llene la siguiente información:

Nº Residente Extranjero: [][][][]-[][][][]-[][][][]

Lugar de nacimiento: _____
(Ciudad/estado o país)

Fecha que entró a EE.UU.: _____ **Fecha que entró a Oregón:** _____

Nombre completo (*apellido, nombre, inicial*) _____

Fecha de nac. (*mm/dd/aaaa*) _____ **Parentesco** (*madre, hijo*) _____

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Casado Soltero Viudo
 Divorciado Casado, pero separado

Etnia: Hispano/Latino No hispano/latino

Herencia racial: Asiático Blanco
 Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico
 Indígena americano o nativo de Alaska
 Negro o afroamericano

Marque a continuación los beneficios que pide para esta persona:
 Ninguno Comida Cuidado de niños
 Efectivo Ayuda por violencia doméstica

¿Tiene esta persona una discapacidad? Sí No

Para beneficios de comida y en efectivo, ¿tiene esta persona una orden de arresto pendiente? Sí No

Último año escolar que terminó: _____

Nº de Seguro Social: [][][][]-[][][]-[][][][]

¿Es ciudadano de los EE.UU.? Sí No

Si contestó "no", llene la siguiente información:

Nº Residente Extranjero: [][][][]-[][][][]-[][][][]

Lugar de nacimiento: _____
(Ciudad/estado o país)

Fecha que entró a EE.UU.: _____ **Fecha que entró a Oregón:** _____

- ¿Hay alguna mujer embarazada en su casa? Sí No
 Si contestó "sí", ¿quién? _____ Fecha del parto _____
- ¿Hay alguien que sea militar, veterano o esposo(a) o dependiente de alguien que lo sea? Sí No
- Para beneficios en efectivo, ¿le gustaría hablar con alguien sobre sus preocupaciones relacionadas con sus hijos? (*Tales como mala conducta, problemas en la escuela, necesidades médicas o cuidado de niños.*) Sí No
- Nombre a las personas que quieren beneficios y están en la escuela secundaria, universidad, escuela vocacional o de capacitación.

	Estudiante 1	Estudiante 2
Nombre del estudiante:		
Nombre de la escuela/programa:		
Nivel de estudio:	<input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universitario
Créditos:		
¿Estudiante en el trimestre pasado, este trimestre o ambos?	<input type="checkbox"/> Trimestre pasado <input type="checkbox"/> Éste <input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Trimestre pasado <input type="checkbox"/> Éste <input type="checkbox"/> Ambos
¿Solicitó o recibe ayuda financiera?	<input type="checkbox"/> Solicitó <input type="checkbox"/> Recibe	<input type="checkbox"/> Solicitó <input type="checkbox"/> Recibe

Espacio adicional para otras personas que viven en su casa

Conteste abajo sobre todas las personas que viven en su casa. No tiene obligación de dar información sobre etnia o raza. Esto no afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a cumplir con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Llene para las personas que quieren beneficios.

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa) Parentesco (madre, hijo)

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Casado Soltero Viudo
 Divorciado Casado, pero separado

Etnia: Hispano/Latino No hispano/latino

Herencia racial: Asiático Blanco

Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico

Indígena americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Marque a continuación los beneficios que pide para esta persona:

Ninguno Comida Cuidado de niños
 Efectivo Ayuda por violencia doméstica

¿Tiene esta persona una discapacidad? Sí No

Para beneficios de comida y en efectivo, ¿tiene esta persona una orden de arresto pendiente? Sí No

Último año escolar que terminó: _____

Nº de Seguro Social: _____-_____-_____

¿Es ciudadano de los EE.UU.? Sí No

Si contestó "no", llene la siguiente información:

Nº Residente Extranjero: _____-_____-_____

Lugar de nacimiento: _____

(Ciudad/estado o país)

Fecha que entró a EE.UU.: _____ Fecha que entró a Oregón: _____

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa) Parentesco (madre, hijo)

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Casado Soltero Viudo
 Divorciado Casado, pero separado

Etnia: Hispano/Latino No hispano/latino

Herencia racial: Asiático Blanco

Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico

Indígena americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Marque a continuación los beneficios que pide para esta persona:

Ninguno Comida Cuidado de niños
 Efectivo Ayuda por violencia doméstica

¿Tiene esta persona una discapacidad? Sí No

Para beneficios de comida y en efectivo, ¿tiene esta persona una orden de arresto pendiente? Sí No

Último año escolar que terminó: _____

Nº de Seguro Social: _____-_____-_____

¿Es ciudadano de los EE.UU.? Sí No

Si contestó "no", llene la siguiente información:

Nº Residente Extranjero: _____-_____-_____

Lugar de nacimiento: _____

(Ciudad/estado o país)

Fecha que entró a EE.UU.: _____ Fecha que entró a Oregón: _____

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa) Parentesco (madre, hijo)

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Casado Soltero Viudo
 Divorciado Casado, pero separado

Etnia: Hispano/Latino No hispano/latino

Herencia racial: Asiático Blanco

Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico

Indígena americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Marque a continuación los beneficios que pide para esta persona:

Ninguno Comida Cuidado de niños
 Efectivo Ayuda por violencia doméstica

¿Tiene esta persona una discapacidad? Sí No

Para beneficios de comida y en efectivo, ¿tiene esta persona una orden de arresto pendiente? Sí No

Último año escolar que terminó: _____

Nº de Seguro Social: _____-_____-_____

¿Es ciudadano de los EE.UU.? Sí No

Si contestó "no", llene la siguiente información:

Nº Residente Extranjero: _____-_____-_____

Lugar de nacimiento: _____

(Ciudad/estado o país)

Fecha que entró a EE.UU.: _____ Fecha que entró a Oregón: _____

* Si necesita más espacio, vea al dorso de esta página.

Espacio adicional para otras personas que viven en su casa

Conteste abajo sobre todas las personas que viven en su casa. No tiene obligación de dar información sobre etnia o raza. Esto no afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a cumplir con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Llene para las personas que quieren beneficios.

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa) Parentesco (madre, hijo)

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Casado Soltero Viudo
 Divorciado Casado, pero separado

Etnia: Hispano/Latino No hispano/latino

Herencia racial: Asiático Blanco

Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico

Indígena americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Marque a continuación los beneficios que pide para esta persona:

Ninguno Comida Cuidado de niños
 Efectivo Ayuda por violencia doméstica

¿Tiene esta persona una discapacidad? Sí No

Para beneficios de comida y en efectivo, ¿tiene esta persona una orden de arresto pendiente? Sí No

Último año escolar que terminó: _____

Nº de Seguro Social: [][][][]-[][][]-[][][][][]

¿Es ciudadano de los EE.UU.? Sí No

Si contestó "no", llene la siguiente información:

Nº Residente Extranjero: [][][][]-[][][][]-[][][][][]

Lugar de nacimiento: _____

(Ciudad/estado o país)

Fecha que entró a EE.UU.: _____ Fecha que entró a Oregón: _____

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa) Parentesco (madre, hijo)

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Casado Soltero Viudo
 Divorciado Casado, pero separado

Etnia: Hispano/Latino No hispano/latino

Herencia racial: Asiático Blanco

Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico

Indígena americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Marque a continuación los beneficios que pide para esta persona:

Ninguno Comida Cuidado de niños
 Efectivo Ayuda por violencia doméstica

¿Tiene esta persona una discapacidad? Sí No

Para beneficios de comida y en efectivo, ¿tiene esta persona una orden de arresto pendiente? Sí No

Último año escolar que terminó: _____

Nº de Seguro Social: [][][][]-[][][]-[][][][][]

¿Es ciudadano de los EE.UU.? Sí No

Si contestó "no", llene la siguiente información:

Nº Residente Extranjero: [][][][]-[][][][]-[][][][][]

Lugar de nacimiento: _____

(Ciudad/estado o país)

Fecha que entró a EE.UU.: _____ Fecha que entró a Oregón: _____

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa) Parentesco (madre, hijo)

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Casado Soltero Viudo
 Divorciado Casado, pero separado

Etnia: Hispano/Latino No hispano/latino

Herencia racial: Asiático Blanco

Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico

Indígena americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Marque a continuación los beneficios que pide para esta persona:

Ninguno Comida Cuidado de niños
 Efectivo Ayuda por violencia doméstica

¿Tiene esta persona una discapacidad? Sí No

Para beneficios de comida y en efectivo, ¿tiene esta persona una orden de arresto pendiente? Sí No

Último año escolar que terminó: _____

Nº de Seguro Social: [][][][]-[][][]-[][][][][]

¿Es ciudadano de los EE.UU.? Sí No

Si contestó "no", llene la siguiente información:

Nº Residente Extranjero: [][][][]-[][][][]-[][][][][]

Lugar de nacimiento: _____

(Ciudad/estado o país)

Fecha que entró a EE.UU.: _____ Fecha que entró a Oregón: _____

* Si necesita más espacio, haga copias o solicite el formulario DHS 0415X.

Agency use only	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:
------------------------	----------------	---------------------	-------------------	-------------------

Trabajo e ingresos de las personas que viven en su casa

Por favor conteste lo siguiente sobre usted y sobre todas las personas para quienes solicita beneficios.

1. ¿**Alguna** persona tiene o espera recibir dinero? Sí No

Si contestó sí, por favor conteste las preguntas 2 y 3. **Necesitaremos comprobantes de ingresos de los últimos 30 días.**

2. **Dinero del trabajo.** Indique sueldos, salarios y comisiones para este mes provenientes de empleo o trabajo por cuenta propia.

- a. "Empleo por cuenta propia" significa que usted obtiene dinero por su trabajo pero no tiene un empleador que le entregue un cheque de sueldo y deduzca sus impuestos, sino que lo hace usted mismo. Usted puede tener su propia empresa con una cuenta bancaria separada, o hacer trabajos ocasionales para personas que le pagan en efectivo.

Dé información sobre el dinero que ya se pagó o se pagará durante este mes a cualquier persona en su hogar que tenga parentesco con usted o con sus hijos. Indique ingresos **brutos** (*totales antes de restarle los impuestos y otras deducciones*).

- ¿**Alguien** en su hogar recibe dinero por trabajo? Sí No

Si contestó sí, llene esta página.

Ingreso ganado	Trabajo N° 1	Trabajo N° 2	Trabajo N° 3
Persona que trabaja:			
Nombre del empleador:			
Teléfono del empleador:			
Cargo/Puesto:			
Paga por hora:	\$	\$	\$
Horas (<i>por semana</i>):			
Frecuencia de pago (<i>semanal, mensual</i>):			
Otros pagos:	<input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Hrs Extras <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Dif. de Turno <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Hrs Extras <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Dif. de Turno <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Hrs Extras <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Dif. de Turno <input type="checkbox"/> Otro
¿Ingresos por trabajo por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún costo asociado con este negocio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos de este mes:	\$	\$	\$
Ingresos del mes pasado:	\$	\$	\$
*Si los ingresos de alguien recién cambiaron o van a cambiar, explíquenos por qué:			
Nueva cantidad:	\$	\$	\$
Fecha del cambio:			

- b. ¿Alguien perdió o renunció a un trabajo durante los últimos 30 días? Sí No

Si contestó sí, ¿quién? _____ Fecha del último día que trabajó: _____

Razón por la que perdió el trabajo: _____

Fecha del último pago: _____

3. ¿Alguien en su grupo familiar trabaja como voluntario? Sí No

Si contestó sí, nombre del voluntario: _____ Horas por semana: _____

4. Declare todos los ingresos no ganados.

¿Alguien en su hogar recibe dinero que no provenga del trabajo?

Sí No

Si contestó sí, indique los ingresos de este mes de toda persona que viva en su casa y tenga parentesco con usted o con sus hijos (incluso hijos por nacer).

► **Usted debe presentar comprobante de ingresos.**

Indique el dinero que recibe de:

- Préstamos que le devuelven
- Ayuda en efectivo
- Jubilación o pensión
- Ingresos Complementarios de Seguridad (SSI)
- Ingresos por educación (como asistencia financiera)
- Beneficios por discapacidad
- Manutención de hijos o de cónyuge
- Pagos por ser tutores o padres de crianza
- Beneficios de Seguridad Social
- Beneficios de veteranos
- Dividendos o intereses por inversiones
- Compensación de trabajadores
- Pagos de tribus indígenas
- Compensación por desempleo
- Alquileres que le pagan
- Otro: _____

Ingresos no ganados	1	2	3
Persona que recibe el dinero:			
Fuente / tipo:			
¿Espera que continúe?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cantidad que recibe:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Frecuencia del pago (semanal, mensual):			
Ingresos no ganados este mes:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos no ganados el mes pasado:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Gastos de su casa

Gastos de cuidado de dependientes

- ¿Paga alguien cuidado de niños o cuidado de un adulto discapacitado? Sí No
 Si contestó sí, ¿quién paga? _____ \$ _____ por mes.
- Si usted recibe beneficios de cuidado de niños, ¿paga gastos de cuidado de niños además de su copago? Sí No
 Si contestó sí, ingrese el monto mensual: \$ _____ por mes.

Sus necesidades de cuidado de niños

- Dé información sobre su horario de trabajo.

Padre 1:

Horario habitual de trabajo: De: _____ am / pm a: _____ am / pm
Días habituales de trabajo: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
Otro horario (describa): _____
Aviso: Si su horario de trabajo varía, presente información de los días y horas que trabajó.

Padre 2 o cónyuge si vive en la casa o empleo adicional:

Horario habitual de trabajo: De: _____ am / pm a: _____ am / pm
Días habituales de trabajo: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
Otro horario (describa): _____

- Dé información sobre los proveedores de cuidado de niños.

Proveedor de cuidado: _____ **N° de teléfono:** [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] []
Segundo proveedor: _____ **N° de teléfono:** [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] []

Si necesita ayuda para elegir un proveedor, comuníquese con 211Info llamando al 211, por texto al 898211 con la palabra clave "children", por correo electrónico escribiendo a children@211.org o visite el sitio 211Info.org.

3. ¿Es usted una persona sin hogar? Sí No
El término "sin hogar" puede significar que usted vive en un refugio de emergencia, que comparte la vivienda con otra familia porque perdió el empleo o perdió su casa, que vive en un motel, en un automóvil, en un parque, en un lugar público, en un lugar para acampar u otros lugares similares.
4. ¿Necesita cuidado de niños para un niño en cuidado de crianza? Sí No
5. Algún cuidador o padre, ¿es un miembro activo de tiempo completo de las fuerzas armadas, de la unidad de las Reservas de las fuerzas armadas o de la Guardia Nacional? Sí No
6. ¿Tiene usted la custodia compartida de alguno de los niños que necesitan cuidado? Sí No
7. ¿Necesita cuidado de niños mientras usted trabaja o asiste a clases? Sí No
Las horas de clase solo pueden aprobarse si usted está trabajando y asistiendo a una escuela elegible para recibir ayuda financiera del estado. Usted debe proporcionar una copia de la inscripción en la escuela y el cronograma de clases actual.
8. Para necesidades de cuidado de niños, ¿sus hijos están al día con las vacunas? Sí No
Si contestó "no", comuníquese con el médico o el departamento de salud local para más información. Usted debe estar de acuerdo con cumplir las normas estatales sobre vacunación o excepciones para obtener beneficios de cuidado de niños.
9. ¿Alguien en su unidad familiar es un miembro activo de las Fuerzas Armadas? Sí No
Si contestó "sí", ¿quién?: _____
 Activo a tiempo completo en las Fuerzas Armadas
 Guardia Nacional o Unidad de Reserva
10. ¿Tiene su familia bienes por valor de más de un millón de dólares (\$1,000,000)? Sí No

**Si solicita cuidado de niños solamente, pase a la página 13,
lea las páginas 13-16 y firme en la página 16.**

Para solicitar beneficios de comida o de dinero en efectivo, por favor continúe.

Gastos de vivienda

1. Usted o alguien que vive en su casa, ¿paga gastos de vivienda? Sí No

Si contestó "sí", llene a continuación:

Alquiler Hipoteca ¿Cuál es la cantidad total de alquiler o hipoteca? _____

¿Cuánto paga usted de la cantidad total? \$ _____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Seguro contra incendio o catástrofe, si paga por separado: \$ _____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Impuesto a la propiedad, si paga por separado: \$ _____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Persona o compañía a la que paga la renta / hipoteca:	¿Podemos contactar a quien cobra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Si dijo "sí", teléfono: [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] []	

2. ¿Espera pagar la misma cantidad de gastos de vivienda el mes próximo? Sí No
3. ¿Recibe ayuda para pagar los gastos de vivienda? Sí No

Si contestó "sí", llene lo siguiente:

¿Quién paga?	Pagado a	Cantidad pagada
		\$
		\$

4. Si usted declaró que no tiene ingresos ¿cómo paga los gastos de vivienda?
- _____
- _____

Gastos de servicios públicos

1. ¿Paga la calefacción o refrigeración que usa para su vivienda? Sí No
 a) ¿Está el costo incluido en el alquiler o hipoteca? Sí No
2. ¿Qué otro tipo de servicios públicos paga?
 Agua o cloacas Basura Electricidad Gas Teléfono Otro: _____

Gastos de manutención de hijos por orden judicial

1. ¿Alguien en su hogar paga manutención de hijos por orden judicial a alguien que no vive en su hogar? Sí No
Si contestó "sí", por favor llene lo siguiente:

Persona que paga manutención de hijos	Niño beneficiario	Cantidad que paga
		\$ _____

Gastos médicos

1. Alguna de las personas para quienes pide beneficios ¿tiene 60 o más años de edad o tiene una discapacidad SSI/SSD? Sí No
Si contestó "sí", indique los gastos médicos de bolsillo. Incluya los gastos de seguro médico.

Persona con los gastos de bolsillo	Cantidad que paga
	\$ _____ por mes

Recursos de las personas que viven en su casa

1. Usted, o alguna persona para quien solicita beneficios, ¿posee o tiene su nombre en alguna de las siguientes cosas?
- a) Cuenta de cheques, de ahorros, de cooperativa de crédito, IRA, 401K Sí No
- b) Acciones, bonos, cuentas de mercado de dinero, CD, fondos de fideicomiso Sí No
- c) Efectivo en mano u otro: _____ Sí No
- Si contestó "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, llene lo que sigue.**

Tipo	Nombre/ubicación del banco	Saldo/valor actual	Pertenece a

2. ¿Está alguien comprando o es dueño de bienes raíces, terrenos o edificios en los que ustedes no están viviendo? Sí No
3. ¿Tiene alguien artículos de valor? (por ejemplo: automóvil, camioneta, bote, etc.) Sí No
4. ¿Tuvo usted o algún miembro de su familia algún accidente por el que esté reclamando dinero? Sí No

Si contestó "sí", fecha de la lesión _____

Si contestó "sí", llene el formulario MSC 0451 Lesiones personales relacionadas con vehículos o el formulario MSC 0451NV Lesiones personales no relacionadas con vehículos.

Agency use only	<input type="checkbox"/> FUA	<input type="checkbox"/> LUA	<input type="checkbox"/> IUA	<input type="checkbox"/> TUA	<input type="checkbox"/> COS
-----------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Beneficios de alimentos de otro estado

1. Oregon tiene un límite de 3 meses para los beneficios del Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP). Este límite de tiempo es para la mayoría de los adultos de entre 18 y 49 años que pueden trabajar y no tienen niños en el hogar. Ellos pueden recibir SNAP solo durante tres meses cada 3 años. Los meses en que usted haya recibido SNAP en otro estado pueden contar como parte del límite de tiempo de Oregón.

Usted, o alguna persona para quien usted solicita beneficios, ¿recibió SNAP en otro estado desde el 1° de enero de 2019?

Sí No

Si contestó “sí”, llene lo siguiente

Persona	Estado

Si solicita solamente beneficios de comida y cuidado de niños, pase a la página 12.

Lea las páginas 12-16 y firme en la página 16.

Para solicitar dinero en efectivo, por favor continúe.

Díganos sobre el tiempo que pasó en TANF

1. En Oregón sólo se puede recibir Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) por un máximo de 60 meses. Los meses que usted recibió TANF de otro estado o de un programa de TANF Tribal se pueden contar como parte de esos 60 meses.

Usted, o alguna de las personas para quienes solicita beneficios, ¿recibió TANF de otro estado o de un programa de TANF Tribal desde 1996?

Sí No

Si contestó “sí”, llene a continuación.

Persona	Estado o tribu	Meses en TANF

Membresía en una tribu

1. Alguien para quien usted solicita beneficios, ¿es miembro de alguna de las nueve tribus de Oregón reconocidas federalmente? Sí No

Si contestó "sí", ¿qué tribu?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tribu Burns Paiute; | <input type="checkbox"/> Tribus de Klamath; |
| <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de indígenas de Coos, Lower Umpqua y Siuslaw; | <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de Siletz; |
| <input type="checkbox"/> Tribu indígena de Coquille; | <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de la Reserva indígena de Umatilla; |
| <input type="checkbox"/> Banda Cow Creek de Indígenas Umpqua; | <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de Warm Springs. |
| <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de Grand Ronde; | |

2. Alguien para quien usted solicita beneficios ¿es miembro de alguna otra tribu reconocida federalmente?

Persona	Tribu

Comunidad donde vive

1. ¿Vive usted en alguno de los siguientes lugares?

Reserva indígena Sí No

Si contestó "sí", ¿cuál? _____

Comunidad indígena dependiente Sí No

Si contestó "sí", ¿cuál? _____

Asignación indígena Sí No

Si contestó "sí", ¿cuál? _____

Discapacidad de las personas que viven en su casa

1. alguna de las personas para quienes solicita beneficios, ¿tiene una discapacidad que va a durar más de 12 meses?

Sí No Si contestó "sí", ¿quién? _____

2. alguna de las personas que viven en su casa, ¿solicitó o pensó en solicitar beneficios de discapacidad a través de la Administración de Seguridad Social? Sí No

Si contestó "sí", dé el resultado de la solicitud: Aprobada Denegada Pendiente

Padres que no viven en su casa

Importante: Al solicitar servicios, usted nos autoriza a establecer paternidad (*nombrar legalmente al padre del niño*) y a tratar de conseguir manutención de hijos de los padres que no viven en su casa, a menos que piense que este padre podría causarle daño a usted o al niño.

1. Si alguna mujer que vive en su casa está embarazada, ¿vive el padre en la casa? Sí No
2. ¿Hay padres de niños que no viven en la misma casa que el niño? Sí No

Si contestó "sí", dé los nombres de los padres aunque el niño todavía no haya nacido. También dé el nombre de sus propios padres si usted es menor de 18 años y no vive con ellos. **Por favor dé toda la información posible.**

a) Padre ausente 1

Nombre (<i>nombre, inicial, apellido</i>):		Este es mi: <input type="checkbox"/> cónyuge o ex cónyuge <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> pareja o ex pareja <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> otro: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento: (<i>mes, día, año</i>): _____ Número de Seguro Social (<i>si lo sabe</i>): _____		
Dirección:		Ciudad:	Estado: C. Postal:
Teléfono: _____		Fecha en que este padre dejó de vivir con el niño (<i>mes, día, año</i>): _____	
Cantidad de horas por semana que este padre pasa con el niño: De estas horas ¿cuántas pasa en el hogar del niño?		Nombres de los hijos del padre que usted ha mencionado en esta solicitud.	
Si es un padre ausente ¿se estableció legalmente la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
¿Cree que este padre podría causarle daño a usted o a su hijo si tratamos de averiguar sobre paternidad o seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

b) Padre ausente 2

Nombre (<i>nombre, inicial, apellido</i>):		Este es mi: <input type="checkbox"/> cónyuge o ex cónyuge <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> pareja o ex pareja <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> otro: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento: (<i>mes, día, año</i>): _____ Número de Seguro Social (<i>si lo sabe</i>): _____		
Dirección:		Ciudad:	Estado: C. Postal:
Teléfono: _____		Fecha en que este padre dejó de vivir con el niño (<i>mes, día, año</i>): _____	
Cantidad de horas por semana que este padre pasa con el niño: De estas horas ¿cuántas pasa en el hogar del niño?		Nombres de los hijos del padre que usted ha mencionado en esta solicitud.	
Si es un padre ausente ¿se estableció legalmente la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
¿Cree que este padre podría causarle daño a usted o a su hijo si tratamos de averiguar sobre paternidad o seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

* Haga copias de esta página si necesita mencionar a otros padres.

Información sobre los beneficios de dinero en efectivo

Los beneficios de dinero en efectivo también se conocen como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o TANF o Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA). Los beneficios en efectivo tienen por objeto satisfacer las necesidades básicas de las familias, tales como alimentos, vestimenta, vivienda y servicios públicos.

La mayoría de los beneficios en efectivo en Oregón se emiten a través de una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (*Electronic Benefit Transfer - EBT*). Esta tarjeta también se conoce con el nombre de tarjeta Oregon Trail. Los beneficios de asistencia en efectivo no se pueden usar en transacciones de EBT en ninguno de los siguientes lugares:

- licorerías. Negocios minoristas que venden sólo o principalmente cerveza o vino.
- casinos, salas de apuestas o establecimientos de juegos de azar;
- negocios de entretenimiento para adultos donde los artistas se desvisten o actúan desnudos. Éstos son los negocios que se dedican sólo o principalmente a vender o presentar vídeos o películas orientadas a adultos.
- dispensarios de marihuana.

Estas restricciones se aplican:

- En Oregón.
- Fuera de Oregón.
- En territorios tribales.

Estas restricciones también se aplican a beneficios en efectivo en una cuenta bancaria privada.

Si solicita beneficios de dinero en efectivo para familias:

“Cesión” de pagos y derecho del estado a trabar embargo sobre demandas por lesiones.

Para tener derecho a recibir asistencia, usted debe ceder al Departamento de Servicios Humanos (DHS) el dinero que usted u otros miembros de su familia, niños por nacer incluso, reciban o tengan derecho a recibir de:

- Otras personas, empresas u otras fuentes que sean o puedan ser responsables de cubrir los gastos causados por una lesión, como por ejemplo un accidente de automóvil.

La cantidad que DHS puede tomar tiene un límite. DHS no puede tomar más que la cantidad de beneficios en efectivo que pagó para usted y su familia.

Al firmar este formulario, usted se compromete a ayudar a DHS a encontrar y obtener estos pagos. Si usted o un miembro de su familia que está recibiendo beneficios sufre un accidente o es lesionado por una persona o empresa, debe informar sobre esto a DHS en un plazo de 10 días. El estado puede trabar embargo sobre el dinero de este tipo de demandas.

Si solicita beneficios de dinero en efectivo para familias

Usted debe saber lo siguiente sobre “cesión de manutención”

La “manutención” es el dinero que usted recibe para usted o para sus hijos, como pensión alimenticia o manutención de hijos.

Cuando usted recibe beneficios en efectivo, usted “cede” al estado el derecho a quedarse con la manutención que usted o cualquier miembro de su familia recibe de otra persona. El dinero se usa para reembolsar al estado por el dinero en efectivo que usted recibe.

NOTA: Esto no corresponde durante ningún período de tiempo en que usted reciba beneficios en efectivo del Programa JOBS Plus, el Programa Estatal Familiar Pre-SSI/SSD (SFPSS) o el Programa Post-TANF o cuando usted es parte de una familia en la que están los dos padres; o cuando está recibiendo pagos por empleo.

Esto significa que mientras usted reciba beneficios en efectivo:

El estado se quedará con parte de los pagos de manutención (*tanto los pagos actuales como los atrasados*) recibidos por usted y por los miembros de su familia. El estado no se quedará con el total de la manutención de hijos. El estado le enviará \$50 de la manutención de hijos actual que reciba por hijo y por mes hasta \$200 por familia y por mes. El estado no considerará este dinero como ingresos para calcular su elegibilidad y sus beneficios.

NOTA: Si usted solicita asistencia en efectivo y si está en el programa SFPSS o JOBS Plus o pertenece a una familia en la que están los dos padres, el estado por lo general no se quedará con nada de su manutención de hijos. Para calcular su elegibilidad y sus beneficios, el estado no contará como ingresos mensuales \$50 por hijo y por mes (*hasta \$200 por familia y por mes*) de la manutención de hijos actual que usted recibe.

Cuando usted deje el programa de beneficios en efectivo:

- Usted recibirá los pagos de manutención actual.
- El estado se quedará con todos los pagos atrasados para los meses en que usted recibió asistencia en efectivo.
- Usted recibirá todos los pagos de manutención atrasada para los meses en que no recibió asistencia en efectivo.

Cooperar con Manutención de Hijos

Mientras usted recibe beneficios en efectivo, deberá cooperar con el Programa de Manutención de Hijos del estado.

Importante: No tiene obligación de cooperar con Manutención de Hijos si piensa que el hacerlo sería peligroso para usted o sus hijos.

La cooperación con manutención de hijos puede consistir en:

- ayudar a localizar al otro padre de su hijo (*a menos que piense que esto sería peligroso para usted o para sus hijos*);
- nombrar legalmente al padre de su hijo (*establecer la paternidad*);
- obtener un fallo de manutención.

Información sobre las sanciones del programa TANF

Usted será sancionado si, para recibir Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y/o en Efectivo para Refugiados (RCA), hace lo siguiente a sabiendas:

- Da información falsa sobre usted u otra persona para quien solicita beneficios.
- Oculta información sobre usted o alguna otra persona para quien solicita beneficios.
- Da información falsa sobre su domicilio.

La primera vez que haga alguna de estas cosas, no recibirá TANF por 12 meses. La segunda vez no recibirá TANF por 24 meses. La tercera vez ya no podrá recibir TANF. Además tendrá que devolver todos los beneficios TANF que no debería haber recibido. Sus beneficios de comida no aumentarán aunque usted reciba menos de TANF si nos dijo algo que no era verdadero o nos ocultó la verdad.

Información sobre sanciones en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Si usted hace lo siguiente...	Perderá los beneficios de comida...
<ul style="list-style-type: none"> • Oculta información o hace declaraciones falsas. • Usa tarjetas EBT (Transferencia electrónica de beneficios) que pertenecen a otra persona. • Usa beneficios de comida para comprar alcohol o tabaco. • Canjea o vende beneficios o tarjetas EBT. • Descarta productos para reciclar los envases y obtener efectivo. • Revende alimentos comprados con beneficios de comida para obtener efectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por 12 meses la primera vez. • Por 24 meses la segunda vez. • Permanentemente la tercera vez.
<ul style="list-style-type: none"> • Canjea beneficios de comida por sustancias ilegales tales como drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por 24 meses la primera vez. • Permanentemente la segunda vez.
<ul style="list-style-type: none"> • Canjea beneficios de comida por armas de fuego, municiones o explosivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanentemente.
<ul style="list-style-type: none"> • Canjea, compra o vende beneficios de comida por valor de \$500 o más. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanentemente.
<ul style="list-style-type: none"> • Da información falsa sobre su identidad o su domicilio para recibir más beneficios de comida de lo que le corresponde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por 10 años por cada delito.
<p>También se le puede aplicar una multa de hasta \$250.000, hasta 20 años de prisión o ambas cosas si comete estos delitos. Además se le puede iniciar una demanda bajo otras leyes federales.</p>	

Si hace lo siguiente a sabiendas...	Usted puede...
<ul style="list-style-type: none"> • Usa tarjetas EBT que no son suyas. • Transfiere sus tarjetas EBT a otras personas. • Adquiere o posee tarjetas EBT que no son suyas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser culpable de un delito mayor o menor. • Tener que pagar una multa. • Ser condenado a prisión. • Perder la elegibilidad para beneficios de comida por un período de tiempo.

Información sobre todos los programas

Nuestra política sobre discriminación

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) no discrimina a persona alguna. Esto significa que DHS ayudará a todas las personas elegibles y no tratará de forma diferente a persona alguna por razones de edad, raza, color, nacionalidad, sexo, religión, creencias políticas¹, discapacidad u orientación sexual².

Puede presentar una queja si considera que DHS le dio diferente trato por alguna de estas razones. Para presentar una queja ante el estado, puede llamar a la Oficina de Defensoría del Gobernador (*Governor's Advocacy Office*) al 1-800-442-5238 (TTY 711) o escribir a:

Governor's Advocacy Office
500 Summer Street NE, E17
Salem, OR 97301

Correo electrónico: DHS.info@state.or.us

“¡La igualdad de oportunidades es la ley!”

Los departamentos de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y de Servicios Humanos y de Salud (HHS) son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. Hay servicios y ayudas auxiliares para las personas con discapacidades que lo soliciten.

Para presentar una queja ante USDA y HHS, por favor lea el formulario DHS 9001, “*Información sobre Quejas por Discriminación de Clientes*”. Este formulario se encuentra en el “*Paquete de información y derivación*” (DHS 6609).

Por qué necesitamos su número de seguro social

Números de seguro social (NSS): Las leyes federales (42 USC 1320b-7(a) y (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 y 42 CFR 457.340(b)) y la norma de DHS (OAR 461-120-0210) requieren que todas las personas que soliciten beneficios de comida o de dinero en efectivo den sus NSS a DHS. Si usted provee un NSS, su solicitud puede ser procesada con mayor rapidez. Si hay alguien que no tiene un NSS, visite www.ssa.gov.

- a. DHS usará su NSS para decidir si usted es elegible para recibir beneficios. Su NSS se usará para verificar sus ingresos, otros bienes y para comparar con otros registros estatales y federales tales como IRS, Medicaid, Manutención de Hijos, Seguro Social, Beneficios de Desempleo y otros programas de asistencia pública.
- b. DHS puede usar su NSS para preparar información general o informes solicitados por las fuentes que financian el programa que usted solicita o del cual recibe beneficios.
- c. DHS puede usar o divulgar su NSS:
 - Si es necesario para administrar el programa que usted solicita o del cual recibe beneficios.
 - Para realizar actividades de mejora y control de calidad.
 - Para verificar el monto correcto de los pagos y para recuperar beneficios pagados de más.
 - Para asegurar que nadie reciba beneficios en más de una casa.

No se requieren números de Seguro Social para recibir Asistencia en Efectivo para Refugiados.

¹ Los clientes de SNAP están protegidos contra la discriminación por creencias políticas.

² La orientación sexual está protegida por el estado de Oregón pero no por las leyes federales.

Información sobre sus derechos y responsabilidades

Mediante mi firma al pie afirmo que:

- Entiendo que si estoy en el programa Proyecto de Servicios Sociales para Refugiados (*Refugee Case Services Project* o RCSP), el término “DHS” incluye los contratistas que trabajan para DHS.
- Di información verdadera, correcta y completa a DHS.
- Entiendo que si hago declaraciones falsas u oculto información puedo recibir sanciones estatales y federales, y además tendré que devolver los beneficios que haya recibido de más (*esto incluye representantes autorizados para beneficios de dinero en efectivo*).
- DHS puede revisar mi caso. Esta revisión puede incluir una visita a mi casa.
- Declaro ser residente de Oregón.
- Informaré sobre cambios en la información que doy a DHS cuando DHS me lo requiera.
- Di información verdadera sobre mi ciudadanía y la de las demás personas para quienes solicito beneficios.
- Sé que DHS verificará la condición de inmigración de las personas que solicitan o reciben beneficios. Sé que la información que DHS obtiene del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) puede determinar quiénes obtendrán beneficios. **DHS no dará información a USCIS sobre las personas que no solicitan beneficios.**
- Autorizo a la División de Manutención de Hijos (DCS) del Departamento de Justicia (DOJ) a dar a conocer mis registros de manutención de hijos a DHS.
- Los adultos menores de 60 años que solicitan beneficios de comida (SNAP) en este formulario se inscribirán en el programa de empleo del estado. Si agrego otras personas al programa en el futuro, estas personas también se inscribirán.
- Si no doy a DHS el número de seguro social de una persona que quiere recibir beneficios, es posible que esa persona no pueda recibirlos.
- DHS no usará los gastos médicos, de vivienda, de cuidado de niños ni de manutención de hijos por orden judicial para calcular mis beneficios si yo no los declaro.
- DHS solicitará y usará los datos del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (Income and Eligibility Verification System o IEVS) y esta información puede afectar los niveles de elegibilidad y de beneficios. Esto incluye la verificación mediante contactos con terceros cuando se encuentran discrepancias en la información. Los contactos con terceros pueden incluir la comparación con registros bancarios, de ingresos y de beneficios de desempleo.
- Entiendo que DHS puede usar o divulgar mi NSS y los NSS de todas las personas para quienes solicito beneficios para los fines indicados en la página 13.
- DHS puede dar la información de este formulario a:
 - agencias federales y estatales que realizan revisiones;
 - funcionarios policiales, para ayudarlos a arrestar a personas que estén huyendo de la ley;
 - agencias federales y estatales y agencias privadas de cobro de deudas, si tengo que devolver beneficios a DHS.
- DHS podrá usar esta información para administrar otros programas de asistencia pública que yo recibo de DHS.
- Entiendo que DHS puede controlar dónde uso mis beneficios en efectivo de TANF o hago extracciones de mis beneficios TANF en efectivo usando mi tarjeta Oregon Trail. También entiendo que tengo prohibido usar mi tarjeta Oregon Trail para gastar beneficios en efectivo de TANF o extraer beneficios en efectivo de TANF en los siguientes lugares:
 - licorerías. Negocios minoristas que venden sólo o principalmente cerveza o vino.
 - casinos, salas de apuestas o establecimientos de juegos de azar;
 - negocios de entretenimiento para adultos donde los artistas se desvisten o actúan desnudos. Éstos son los negocios que se dedican sólo o principalmente a vender o presentar vídeos o películas orientadas a adultos.
 - dispensarios de marihuana.

Estas restricciones se aplican:

- En Oregón.
- Fuera de Oregón.
- En territorios tribales.

Estas restricciones también se aplican a beneficios en efectivo en una cuenta bancaria privada.

- Entiendo que si se produce un sobrepago en mi caso, la persona que firma este formulario deberá devolver los beneficios a DHS. También podría ser responsable de devolver lo que recibió de más cualquier otra persona que deba solicitar los beneficios conmigo o cualquier representante autorizado.
- Entiendo que puedo solicitar una copia de mi solicitud en papel o en formato electrónico.
- **Personas que solicitan beneficios de dinero en efectivo:** Cedo al estado el derecho a quedarse con pagos de manutención, de acuerdo con lo explicado en las páginas 10 y 11. Entiendo que no tengo obligación de cooperar con el programa de manutención de hijos si ello fuera peligroso para mí o para mis hijos.
- **Personas que solicitan beneficios en efectivo y de comida:** Entiendo que no puedo recibir beneficios de comida del programa de Distribución Tribal de Comida y del programa SNAP al mismo tiempo. Tampoco puedo recibir TANF Tribal de una tribu y beneficios en efectivo del programa TANF de DHS al mismo tiempo.
 - Declaro bajo pena de hacer una declaración falsa que las declaraciones hechas sobre las personas que viven en mi hogar, incluyendo las declaraciones sobre ciudadanía, ingresos, recursos, bienes y el resto de la información que di a DHS y a sus contratistas, son verdaderas y correctas.
 - Presentaré comprobantes de la información que di a DHS. También permitiré que DHS se ponga en contacto con otras personas y agencias para obtener comprobantes.
- **Personas que solicitan cuidado de niños relacionado con el empleo:** Entiendo que cualquier beneficio por cuidado de niños que reciba será informado al Departamento de Recaudación de Impuestos de Oregón (*Oregon Department of Revenue*), lo cual puede afectar mi deuda impositiva o devolución potencial.
- Entiendo que, como padre, puedo elegir que el proveedor de cuidado infantil venga a mi hogar a prestar los servicios. Si un proveedor presta servicios de cuidado en mi hogar, podría ser considerado el empleador de dicha persona, según la ley federal. Como empleador, deberé cumplir con las tasas salariales y de horas extras mínimas federales.

El Programa de Asistencia Técnica para Empleadores del Departamento de Trabajo e Industrias (*Bureau of Labor and Industries*, BOLI) está disponible:

- **Por Internet:** <https://www.oregon.gov/boli/ta/Pages/index.aspx>
- **Por correo electrónico:** bolita@boli.state.or.us
- **Teléfono:** 971-673-0824

Las disposiciones sobre el salario mínimo federal están incluidas en la Ley de Normas Justas de Trabajo (*Fair Labor Standards Act*, FLSA). Para obtener más información sobre la Ley de Normas Justas de Trabajo y para determinar si usted es un empleador:

- **Visite** <https://www.dol.gov/compliance/guide/minwage.htm>
- **Llame a la línea gratuita de información y de ayuda:** 1-866-4USWAGE (1-866-487-9243)

Por favor pase a la página 16, lea y firme.

Declaración y firma

He leído y entiendo mi derechos y responsabilidades explicados anteriormente y en el formulario DHS 0415R, y tengo una copia de dicho formulario.

Firma legal completa del solicitante o representante autorizado

Fecha

Firma legal completa del otro padre, cónyuge u otro adulto

Fecha

Firma del empleado testigo

Fecha

¿Cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted?

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Otro: _____

¿En qué días y horarios es más fácil contactarlo? _____

Inscripción para votar

Si no está inscrito para votar donde usted vive ahora, ¿le gustaría llenar una solicitud hoy? Sí No

El hecho de presentar una solicitud de inscripción para votante o de negarse a hacerlo no afectará la cantidad de asistencia que usted recibirá de esta agencia.