

## Solicitud de servicios

### ¿Qué tengo que hacer para recibir beneficios?

#### 1. Consiga una solicitud (DHS 0415F).

Puede obtener una solicitud de las siguientes maneras:

- Imprimirla de la página <https://apps.state.or.us/Forms/Served/ds0415F.pdf>;
- Llamar a su oficina local del ODHS o al 1-800-699-9075 o 711 (TTY) para que le envíen una por correo;
- Recogerla en su oficina local del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS); o
- Puede presentar la solicitud en línea visitando: <https://one.oregon.gov>

Para encontrar la oficina local más cercana, llame al 211 o consulte en línea en: [www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx](http://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx).

#### 2. Llene la solicitud.

- **Cuidado de niños**, Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo (ERDC): Para estudiantes, padres de familia que trabajan y aquellos que reciben asistencia de TANF en efectivo.

Puede encontrar más información en el siguiente sitio web: <http://www.oregon.gov/delc/programs>

Para hacer la solicitud, llene las páginas 1 a 5. Lea las páginas 13 a 16 y firme la página 16.

- **Beneficios de comida**, Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP): Ayuda para comprar comida. Para hacer la solicitud, llene las páginas 1 a 7. Lea las páginas 12 a 16 y firme la página 16. **Puede entregar la página 1 solo con su nombre, dirección y firma para presentar una solicitud para los beneficios de alimentos e iniciar el proceso de solicitud.** Si es elegible para los beneficios de alimentos, estos iniciarán a partir de la fecha en que presentó la solicitud.
- **Asistencia médica**: Para solicitar cobertura de salud, visite <https://one.oregon.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 o TANF): Para familias de muy bajos ingresos que tienen hijos menores dependientes, aquellas que están en la última etapa del embarazo, o Asistencia en Efectivo para Refugiados (REFC): Para los refugiados que están dentro del período de 12 meses en los Estados Unidos. Para solicitar asistencia en efectivo, llene toda la solicitud.

#### 3. Entregue la solicitud o complete la solicitud en línea. Usted puede enviar su solicitud por correo postal, por fax o dejarla en su oficina local del ODHS (*Usted puede crear una copia con un sello que tenga la fecha para sus propios expedientes*). Puede hacer su solicitud en línea en <https://one.oregon.gov>

#### 4. Asista a su cita para una entrevista. No todos los programas requieren una entrevista. Es posible que necesitemos revisar la solicitud con usted, dependiendo en los beneficios que está solicitando. Es importante que complete 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 un plazo de siete días.

Para reunir los criterios necesarios, una de las afirmaciones siguientes debe aplicarse a usted:

- Sus ingresos son menos de \$150 al mes y el total del dinero en efectivo y en las cuentas de banco para su unidad familiar es menos de \$100;
- El total de sus ingresos mensuales, dinero en efectivo y en el banco es menor que los costos de su vivienda y servicios públicos al mes; o
- Es trabajador agrícola migratorio o de temporada y tiene muy poco dinero.
- Usted debe ser capaz de presentar comprobante de su identidad.

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

## ¿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; y
4. Comprobante del estatus migratorio 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 empiezan en la fecha en que recibimos la solicitud. La cantidad de sus beneficios está basada en esta fecha.
- *Los beneficios para cuidado de niños* inician el primer día del mes en el que usted solicitó los beneficios. Los formularios de facturación se envían una vez que usted elige a su proveedor y este es aprobado para recibir pagos y es conectado a su casa.

## Números de Seguro Social (SSN) y ciudadanía

Si presenta una solicitud para otra persona, y no para usted, no necesitamos su SSN 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 SSN, otros miembros de la familia que tengan SSN pueden ser elegibles. En las páginas 13 y 14 se explica por qué el ODHS solicita los SSN y para qué se usa cada uno de ellos.

**Para el Efectivo para Refugiados (REFC) y el Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo (ERDC) no se requieren números del Seguro Social.**

Puede obtener este documento en otros idiomas, letra grande, braille o en otro formato que prefiera. Para solicitar este formulario en otro formato o idioma, comuníquese con su oficina local del Programa de Autosuficiencia.

Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711. Para ver una lista de las oficinas locales, consulte <https://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx>.

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

Agency use only / Solo para uso de la agencia	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 de materiales escritos (qué idioma): \_\_\_\_\_

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

**Cuéntenos sobre usted**

<b>Nombre completo</b> (apellido, nombre, inicial)		<b>Nombre de soltera</b> (u otros nombres usados)	
_ _ - _ _ - _ _ _ _		_ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _	
Número de Seguro Social		<input type="checkbox"/> Teléfono o <input type="checkbox"/> número para enviar mensajes (marque una opción)	
Dirección		Ciudad	Estado
Dirección postal (si es diferente)		Ciudad	Estado
		Código postal	Código postal

Firma del solicitante (fecha de solicitud para alimentos y dinero en efectivo). Para todos los programas, firme en la página 16 para completar la solicitud. Fecha

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

- Estoy solicitando:  Cuidado de niños  Ayuda por violencia doméstica  Comida  Dinero en efectivo para familias  Efectivo para Refugiados (REFC)
- ¿Tiene pensado permanecer en Oregon?  Sí  No
- Alguna persona para quien solicita beneficios, ¿ha recibido servicios de otro estado en los últimos 30 días?  Sí  No **Si contestó "sí"**, ¿dónde? \_\_\_\_\_ Último día que los recibió: \_\_\_\_\_
- ¿Desea autorizar a otra persona para que solicite u obtenga beneficios en su nombre?  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:
  - ¿Posee su grupo familiar \$100 o menos en efectivo, y cuentas de cheques y cuentas de ahorros?  Sí  No
  - ¿Tiene su grupo familiar ingresos brutos totales menores a \$150 para este mes?  Sí  No
  - ¿Sus costos de vivienda, más servicios públicos son superiores a sus ingresos, más efectivo, más dinero de sus cuentas bancarias?  Sí  No
  - ¿Alguien de su grupo familiar es trabajador agrícola migrante o estacional?  Sí  No  
(solo responda si su respuesta a 1a fue Sí)
    - Si respondió sí a "1d)", ¿recibirá ingresos de \$25 o más en los próximos 10 días?  Sí  No
- ¿Necesita usted un lugar para vivir o tiene una notificación de desalojo o liquidación hipotecaria, o espera recibir una notificación para el corte de un servicio público?  Sí  No
- ¿Alguna persona se encuentra en una situación de violencia doméstica o necesita alejarse de una situación de abuso o poco segura?  Sí  No
- ¿Alguien en el hogar hace que otro miembro de este tenga temor debido a agresiones físicas?  Sí  No

# 1. Cuéntenos acerca de las personas de su grupo familiar

Conteste abajo sobre todas las personas que viven en su casa. Puede elegir no compartir información sobre su grupo étnico o ascendencia racial. 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) \_\_\_\_\_

**Solo(a)**

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Parentesco (madre, hijo) \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  
 Divorciado  Casado, pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

Origen racial:  Asiático  Blanco  
 Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico  
 Indígena estadounidense/indígena de Alaska  
 Negro(a) o afroestadounidense

**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 detención pendiente?  Sí  No

**Último grado completado:** \_\_\_\_\_

**Número del Seguro Social:** [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

**Ciudadano estadounidense:**  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 Oregon:** \_\_\_\_\_

Nombre completo (apellido, nombre, inicial) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Parentesco (madre, hijo) \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  
 Divorciado  Casado, pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

Origen racial:  Asiático  Blanco  
 Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico  
 Indígena estadounidense/indígena de Alaska  
 Negro(a) o afroestadounidense

**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 detención pendiente?  Sí  No

**Último grado completado:** \_\_\_\_\_

**Número del Seguro Social:** [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

**Ciudadano estadounidense:**  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 Oregon:** \_\_\_\_\_

2. ¿Está embarazada alguna de las personas en su grupo familiar?  Sí  No

De ser así, ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha del parto: \_\_\_\_\_

3. ¿Alguien está en las fuerzas armadas o es veterano?  Sí  No

Si respondió "sí", quién: \_\_\_\_\_

Activo a tiempo completo en las Fuerzas Armadas  Guardia Nacional o Unidad de Reserva  Veterano

4. ¿Alguien es cónyuge o dependiente de alguien que está en las fuerzas armadas o de alguien que es veterano?  Sí  No

5. Para los beneficios en efectivo, ¿le gustaría hablar con alguien sobre sus preocupaciones relacionadas con sus hijos?  
(Como problemas de comportamiento, problemas escolares, necesidades médicas o encontrar cuidado de niños).  Sí  No

6. 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 o programa de capacitación:		
Tipo de estudiante:	<input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universitario
Créditos:		
¿Estudiante del pasado semestre, este semestre o ambos?	<input type="checkbox"/> Último trimestre <input type="checkbox"/> Este trimestre <input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Último trimestre <input type="checkbox"/> Este trimestre <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

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

## Espacio adicional para otras personas que viven en su casa

Conteste abajo sobre todas las personas que viven en su casa. Puede elegir no compartir información sobre su grupo étnico o ascendencia racial. Esto no afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a cumplir con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

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

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  
 Divorciado  Casado, pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

Origen racial:  Asiático  Blanco  
 Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico  
 Indígena estadounidense/indígena de Alaska  
 Negro(a) o afroestadounidense

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

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

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  
 Divorciado  Casado, pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

Origen racial:  Asiático  Blanco  
 Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico  
 Indígena estadounidense/indígena de Alaska  
 Negro(a) o afroestadounidense

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

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

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  
 Divorciado  Casado, pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

Origen racial:  Asiático  Blanco  
 Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico  
 Indígena estadounidense/indígena de Alaska  
 Negro(a) o afroestadounidense

Conteste para todas las personas que quieren beneficios.

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 detención pendiente?  Sí  No

Último grado completado: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

Ciudadano estadounidense:  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 Oregon: \_\_\_\_\_

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 detención pendiente?  Sí  No

Último grado completado: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

Ciudadano estadounidense:  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 Oregon: \_\_\_\_\_

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 detención pendiente?  Sí  No

Último grado completado: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

Ciudadano estadounidense:  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 Oregon: \_\_\_\_\_

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

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

## Espacio adicional para otras personas que viven en su casa

Conteste abajo sobre todas las personas que viven en su casa. Puede elegir no compartir información sobre su grupo étnico o ascendencia racial. Esto no afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a cumplir con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

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

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  
 Divorciado  Casado, pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

Origen racial:  Asiático  Blanco

- Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico  
 Indígena estadounidense/indígena de Alaska  
 Negro(a) o afroestadounidense

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

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

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  
 Divorciado  Casado, pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

Origen racial:  Asiático  Blanco

- Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico  
 Indígena estadounidense/indígena de Alaska  
 Negro(a) o afroestadounidense

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

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

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Viudo  
 Divorciado  Casado, pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

Origen racial:  Asiático  Blanco

- Indígena de Hawái/de las Islas del Pacífico  
 Indígena estadounidense/indígena de Alaska  
 Negro(a) o afroestadounidense

Conteste para todas las personas que quieren beneficios.

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 detención pendiente?  Sí  No

Último grado completado: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

Ciudadano estadounidense:  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 Oregon: \_\_\_\_\_

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 detención pendiente?  Sí  No

Último grado completado: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

Ciudadano estadounidense:  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 Oregon: \_\_\_\_\_

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 detención pendiente?  Sí  No

Último grado completado: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

Ciudadano estadounidense:  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 Oregon: \_\_\_\_\_

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

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

Agency use only / Solo para uso de la agencia	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:
---	---------	--------------	------------	------------

## Trabajo e ingresos de las personas que viven en su casa

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre usted y las personas para quienes solicita beneficios.

1. **¿Hay alguna persona que tenga dinero o espere recibir dinero?**  Sí  No  
**Si contestó sí**, por favor conteste las preguntas 2 y 3. **Necesitaremos un comprobante de ingreso para 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. Autoempleo significa que a usted se le paga por trabajar pero no tiene un empleador regular, aparte de usted mismo, que le de un cheque y le descuenta impuestos. Quizás usted tenga su propia compañía con una cuenta bancaria por separado o realice trabajos esporádicos para personas que le pagan en efectivo.

Necesitamos estar informados sobre el dinero que ya se le pagó o se le pagará este mes a cualquier persona que viva en su hogar y sea familiar suyo o de sus hijos. Use el ingreso **bruto** (*cantidad total antes de descontar impuestos y deducciones*).

- ¿Hay alguna persona de su hogar que reciba dinero proveniente del trabajo?**  Sí  No

**Si contestó sí**, llene esta página.

Ingresos ganados	Empleo 1	Empleo 2	Empleo 3
Persona que trabaja:			
Nombre del empleador:			
Teléfono del empleador:			
Nombre del 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"/> Comisión <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Horas extras <input type="checkbox"/> Dif. de Turno <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Horas extras <input type="checkbox"/> Dif. de Turno <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Propinas <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Horas extras <input type="checkbox"/> Dif. de Turno <input type="checkbox"/> Otro
¿Proviene los ingresos del 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 cambiaron recientemente o cambiarán, explíquenos por qué:			
Nueva cantidad:	\$	\$	\$
Fecha del cambio:			

- b. **¿Hay alguna persona que perdió o renunció a un trabajo en los últimos 30 días?**  Sí  No

**De ser así**, ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha del último día que trabajó: \_\_\_\_\_

Razón por la que perdió el trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha del último pago: \_\_\_\_\_

3. **¿Hay alguna persona de su grupo familiar que trabaje como voluntario?**  Sí  No

Si contestó sí, nombre del voluntario: \_\_\_\_\_ **Por favor pase a la página 16, lea y firme.** Horas por semana: \_\_\_\_\_

4. Declare todos los ingresos no ganados.

¿Hay alguna persona de su hogar que reciba 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
- Asistencia con efectivo
- Jubilación o pensión
- Seguridad de Ingreso Suplementario (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 del Seguro Social
- Beneficios para veteranos
- Beneficios de licencia pagada de Oregon
- Dividendos o intereses por inversiones
- Compensación para trabajadores
- Pagos de tribus indígenas
- Compensación por desempleo
- Alquileres que le pagan
- Otra: \_\_\_\_\_

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**

1. ¿Paga alguna persona cuidado de niños o el cuidado de un adulto con una discapacidad?  Sí  No

Si contestó sí, ¿quién paga? \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ al mes.

2. Si usted recibe beneficios de cuidado de niños, ¿paga los costos de cuidado de niños, además de su copago?  Sí  No

Si contestó "Sí", ingrese la cantidad mensual. \$ \_\_\_\_\_ al mes.

**Sus necesidades de cuidado de niños**

1. Por favor, liste la información sobre su calendario de trabajo o de escuela.

**Padre, madre o cuidador 1:**

**Horas normales de trabajo:** De \_\_\_\_\_ a.m. /p. m. a: \_\_\_\_\_ a. m. /p. m.  
**Días habituales de trabajo:**  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo  
**Horas normales de la escuela:** De \_\_\_\_\_ a.m. /p. m. a: \_\_\_\_\_ a. m. /p. m.  
**Días habituales de la escuela:**  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo  
**Otros horarios (describa):** \_\_\_\_\_  
**Nota:** Si su horario cambia, otorgue información sobre los días y horas que ha trabajado o asistido a clases. Déjenos saber si trabaja un turno de noche y necesita horas para dormir.

**Padre, madre o cuidador 2, su cónyuge, o trabajo o escuela adicional para el padre o madre #1:**

**Horas normales de trabajo:** De \_\_\_\_\_ a.m. /p. m. a: \_\_\_\_\_ a. m. /p. m.  
**Días habituales de trabajo:**  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo  
**Horas normales de la escuela:** De \_\_\_\_\_ a.m. /p. m. a: \_\_\_\_\_ a. m. /p. m.  
**Días habituales de la escuela:**  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo  
**Otros horarios (describa):** \_\_\_\_\_

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



2. Dé información sobre el proveedor de cuidado de niños:

<b>Proveedor de cuidado:</b> _____	<b>N° de teléfono:</b> [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
<b>Segundo proveedor:</b> _____	<b>N° de teléfono:</b> [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]

Los proveedores con licencia necesitan completar una verificación de antecedentes penales antes de que sean elegibles para pago. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, comuníquese con: 211Info marcando 211, envíe un mensaje de texto con la palabra clave "children" al 898211, un mensaje de correo electrónico children@211info.org o visite el sitio 211Info.org.

3. ¿Necesita cuidado de niños para un niño en crianza temporal?  Sí  No
4. ¿Tiene custodia compartida de cualquiera de los niños que necesita cuidado?  Sí  No
5. ¿Necesita cuidado infantil mientras trabaja, asiste a clases o recibe TANF?  Sí  No

Las horas de clase, incluyendo para GED para aquellos mayores de 20, están cubiertas en escuelas elegibles para ayuda financiera federal. Los estudiantes de 20 años o menores pueden asistir a cualquier preparatoria o programa de GED. Otorgue su matriculación y horario de clases.

6. ¿Está usted en una licencia médica del trabajo para usted o para cuidar de un menor en su casa?  Sí  No  
Si es así, cuál es el nombre del menor: \_\_\_\_\_

7. Para las necesidades de cuidado de niños, ¿están al día los registros de vacunación (*vacunas*) de sus hijos?  Sí  No

**Si contestó "no,"** póngase en contacto con el médico o con el departamento de salud local para recibir más información. Usted debe estar de acuerdo con cumplir las normas estatales sobre vacunación o excepciones para obtener beneficios de cuidado de niños.

8. ¿Tiene su familia bienes por un valor de más un millón de dólares (\$1,000,000)?  Sí  No

**Si solamente está presentando su solicitud para cuidado de niños, por favor, responda la pregunta 1 que está a continuación de gastos de vivienda: "¿Es usted una persona sin hogar?", entonces pase a la página 13, lea las páginas 13 a 16 y firme en la página 16. Para solicitar beneficios de comida o de dinero en efectivo, por favor continúe.**

**Gastos de vivienda**

1. ¿Está usted sin hogar, quedándose en un albergue, motel, carro, campamento o lugar público?  Sí  No
2. ¿Se está quedando usted con otra familia u otra persona debido a que perdió su vivienda?  Sí  No  
a) ¿Se ha quedado o planea quedarse en esta situación de vivienda por más de 90 días?  Sí  No
3. ¿Usted o alguna persona de su grupo familiar paga la vivienda?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** complete a continuación.

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

¿Cuánto paga usted de la cantidad total? \$ _____ al <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Seguro contra incendios/riesgos, si es aparte: \$ _____ al <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Impuesto predial (a la propiedad), si lo paga por separado: \$ _____ al <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Persona o compañía a la que le paga la renta/hipoteca: _____		¿Podemos comunicarnos con esta persona/compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo "sí", teléfono: [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]

4. ¿Espera pagar el mismo monto por la vivienda el próximo mes?  Sí  No
5. ¿Recibe ayuda para pagar la vivienda?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** complete a continuación.

Persona que paga	Pagado a	Cantidad pagada
		\$
<b>Por favor pase a la</b>		<b>\$ página 16, lea y firme.</b>

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

---

---

### Gastos de servicios públicos

1. ¿Paga por calefacción/aire acondicionado en su hogar?  Sí  No  
a) ¿El costo de calefacción/aire acondicionado está incluido en el alquiler o la hipoteca?  Sí  No
2. ¿Qué otro tipo de servicios públicos paga?  
 Agua/alcantarillado  Basura  Electricidad  Gas  Teléfono  Otro: \_\_\_\_\_

### Gastos de manutención de hijos por orden judicial

1. ¿Alguna persona que vive en su hogar paga manutención de menores por orden del tribunal a alguien que no vive en su hogar?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, complete a continuación.

Persona que paga la manutención	Niño beneficiario	Cantidad pagada
		\$ _____

### Gastos médicos

1. Alguna persona para quien solicita beneficios, ¿tiene 60 años o más o tiene una discapacidad por la que recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)/Seguro Social por Discapacidad (SSD)?  Sí  No  
Si contestó "sí", indique los gastos médicos pagados por usted e incluya los gastos del seguro médico.

Persona con gastos de su propio bolsillo	Cantidad pagada
	\$ _____ al 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. ¿Hay alguna persona que esté comprando o sea dueño de bienes raíces, terrenos o edificios en los que usted no está viviendo?  Sí  No
3. ¿Hay alguna persona que tenga artículos de valor? (Ejemplos: automóvil, camioneta, bote, etc.)  Sí  No
4. Usted o un miembro de su familia, ¿sufrió una lesión en un accidente por el que está 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 / Solo para uso de la agencia	<input type="checkbox"/> FUA	<input type="checkbox"/> LUA	<input type="checkbox"/> IUA	Por favor, pase a la página 16, lea y firme.	<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 52 años que pueden trabajar y no tienen niños menores de 18 años en su caso de SNAP. Pueden recibir los beneficios de SNAP solamente durante 3 meses en un período de 3 años. Los meses que usted recibió los beneficios de SNAP en otro estado podrían considerarse para el límite de tiempo en Oregon.

¿Usted o alguna otra persona para quien presenta la solicitud recibió el beneficio de SNAP en otro estado desde el 1 de enero de 2022?  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete a continuación.

Persona	Estado

**Si solicita solamente cuidado de niños, pase a la página 13.**

**Lea las páginas 13 a 16 y firme la página 16.**

**Para solicitar beneficios de SNAP y de dinero en efectivo, por favor continúe.**

## Cuéntenos sobre la comunidad en la que vive

1. ¿Vive en una de las siguientes?

Reserva indígena  Sí  No

De ser así, ¿en cuál? \_\_\_\_\_

Comunidad indígena dependiente  Sí  No

De ser así, ¿en cuál? \_\_\_\_\_

Terreno indígena  Sí  No

De ser así, ¿en cuál? \_\_\_\_\_

**Si solicita solamente beneficios de comida, pase a la página 12.**

**Lea las páginas 12 a 16 y firme la página 16.**

**Para solicitar dinero en efectivo, por favor continúe.**

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

## Díganos sobre el tiempo que pasó en TANF

1. En Oregon sólo se puede recibir Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) por un máximo de 60 meses. Los meses en los que recibió beneficios de TANF en otro estado o de un programa tribal de TANF se pueden contar dentro del tiempo límite de Oregon.

Usted o alguna persona para quien solicita beneficios, ¿recibe TANF en otro estado o de un programa de TANF tribal desde 1996?

Sí  No

Si la respuesta es sí, complete a continuación.

Persona	Estado o tribu	Meses en TANF

## Membresía en una tribu

1. Alguna persona para quien solicita beneficios, ¿es miembro de una de las nueve tribus de Oregon reconocidas por el gobierno federal?

Si contestó "sí", ¿qué tribu?

Sí  No

Tribu Burns Paiute

Tribus Confederadas de Siletz

Tribus Confederadas de Coos, Baja Umpqua e indígenas Siuslaw

Tribus Confederadas de la Reserva indígena de Umatilla

Tribu indígena de Coquille

Tribus Confederadas de Warm Springs

Tribu indígena Cow Creek Band de Umpqua

Tribus Confederadas de Grand Ronde

Tribus Klamath

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

Persona	Tribu

## Discapacidad de las personas que viven en su casa

1. ¿Hay alguna persona para quien solicita beneficios que tenga una discapacidad que durará más de 12 meses?

Sí  No Si respondió "sí", quién: \_\_\_\_\_

2. ¿Hay alguna persona de su hogar que solicitó o pensó en solicitar beneficios por discapacidad a través de la Administración del Seguro Social?

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, indique el estatus de la solicitud:  Aprobada  Denegada  Pendiente

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

## 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.

- Si alguna mujer de su grupo familiar está embarazada, ¿vive el padre en la casa?  Sí  No
- Alguno de los padres de los niños, ¿no vive en la casa de los niños?  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>primer nombre, inicial del segundo nombre, 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: Cód. postal:
Teléfono: [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]		Fecha en que este padre/madre dejó de vivir con el(los) niño(s) ( <i>mes, día, año</i> )	
Número de horas de cada semana que este padre/madre pasa con el(los) niño(s): De estas horas ¿cuántas pasa en el hogar del niño o de los niños?		Nombres de los hijos del padre/madre que usted ha mencionado en esta solicitud.	
Si este es un padre ausente, ¿se ha establecido legalmente la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
¿Cree que este padre/madre podría causarle daño a usted o al niño si intentamos averiguar sobre la paternidad o el seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

### b) Padre ausente 2

Nombre ( <i>primer nombre, inicial del segundo nombre, 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: Cód. postal:
Teléfono: [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]		Fecha en que este padre/madre dejó de vivir con el(los) niño(s) ( <i>mes, día, año</i> )	
Número de horas de cada semana que este padre/madre pasa con el(los) niño(s): De estas horas ¿cuántas pasa en el hogar del niño o de los niños?		Nombres de los hijos del padre/madre que usted ha mencionado en esta solicitud.	
Si este es un padre ausente, ¿se ha establecido legalmente la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
¿Cree que este padre/madre podría causarle daño a usted o al niño si intentamos averiguar sobre la paternidad o el seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

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

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

## Información sobre beneficios en efectivo

Los beneficios en efectivo también se conocen como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Efectivo para Refugiados (REFC). 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 de Oregon se emiten a través de una tarjeta de Beneficios por Transferencia Electrónica (EBT, por sus siglas en inglés). Esto se conoce como tarjeta Oregon Trail. Los beneficios de asistencia en efectivo no se pueden usar en transacciones de EBT en ninguno de los siguientes lugares:

- Licorerías. Esto incluye negocios de ventas al público que solo venden, o principalmente venden, cerveza y vino.
- Casinos, casinos de juegos de azar o establecimientos de apuestas.
- Establecimientos comerciales que ofrezcan entretenimiento para adultos en los cuales los artistas se desvisten o actúan sin vestimentas. Esto incluye tiendas de videos para adultos que principalmente venden o presentan videos o películas para adultos.
- Dispensarios de marihuana.

Dichas restricciones aplican:

- En Oregon.
- Fuera de Oregon.
- En las tierras tribales.

Estas restricciones también aplican a los beneficios en efectivo en una cuenta de banco privada.

### Si solicita dinero en efectivo para familias:

#### **“Asignación” de pagos y el derecho del estado de imponer un gravamen por cualquier reclamación de lesiones**

Para tener derecho a recibir asistencia, usted debe ceder al ODHS 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.

Hay un límite sobre la cantidad que el ODHS puede recolectar. No puede recolectar una cantidad superior a la que haya pagado por usted y su familia en concepto de beneficios en efectivo.

Al firmar el presente formulario, usted acepta ayudar al ODHS a encontrar y obtener estos pagos. Si usted o un miembro de su familia que reciba beneficios tiene un accidente o resulta lesionado por otra persona o empresa, debe informar al ODHS en el plazo de 10 días. El estado podría imponer un gravamen sobre tales reclamaciones.

### Si solicita dinero en efectivo para familias:

#### **Lo que usted debe saber acerca de la “asignación de apoyos monetarios”**

“Apoyo monetario” se refiere al dinero que usted recibe para sí o para sus niños, como pensiones alimenticias o manutención de hijos.

Cuando usted recibe beneficios en efectivo, usted “asigna” al estado el derecho de conservar el apoyo monetario que usted o cualquier miembro de su familia recibe de otra persona. Con ese dinero se paga al estado el efectivo que usted recibe de él.

**NOTA:** Esto no se aplica en ningún período de tiempo en el cual la persona recibe beneficios en efectivo de JOBS Plus, el Programa Estatal para la Familia Previo al SSI/SSDI (SFPSS, por sus siglas en inglés), el Programa Previo a TANF, cuando son una familia biparental o bien cuando recibe pagos de empleo.

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

### **Esto significa que mientras usted reciba beneficios en efectivo:**

El estado conservará parte de los pagos de apoyo monetario (*tanto los actuales como los atrasados*) que usted recibe para sí y para los miembros de su familia. El estado no conservará el total de la manutención de hijos que usted reciba. El estado le enviará \$50 de la manutención de hijos que reciba actualmente por hijo al mes, hasta \$200 por familia al mes. El estado no considerará este dinero como ingresos al momento de determinar su elegibilidad y beneficios.

**NOTA:** Si usted solicita asistencia en efectivo o si participa en el programa SFPSS o JOBS Plus o su familia es biparental, por lo general, el estado no conservará parte alguna de la manutención de hijos que usted reciba. Al momento de determinar su elegibilidad y beneficios, \$50 (*por hijo, por mes, hasta \$200 por familia al mes*) de la manutención infantil que usted reciba actualmente no se contarán como parte de sus ingresos mensuales.

#### **Cuando salga del programa de efectivo:**

- Usted recibirá pagos de apoyo monetario actuales en ese entonces.
- El estado conservará todos los pagos atrasados que correspondan a los meses durante los cuales usted recibió asistencia en efectivo.
- Usted podrá recibir todos los pagos atrasados que correspondan a los meses durante los cuales no recibió asistencia en efectivo.

### **Cooperación con el programa de manutención de hijos**

Mientras esté recibiendo beneficios en efectivo, usted deberá cooperar con el Programa de Manutención de Hijos (*Child Support Program*) del estado.

**Importante:** No tiene la obligación de cooperar con el programa de manutención de hijos si considera que esto podría implicar un peligro para usted o sus hijos.

#### **Su cooperación con el programa de manutención de hijos podría incluir:**

- Ayudar a localizar al otro padre de su niño (*a menos que usted considere que ello le pondría a usted o a sus niños en peligro*);
- Dar el nombre completo del padre de su niño (*establecimiento de la paternidad*);
- Obtener una orden de manutención de hijos.

## **Información sobre sanciones del programa para efectivo**

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

- Proporciona información falsa sobre usted o alguna persona para la cual presente una solicitud.
- Oculta información sobre usted o alguna persona para la cual presente una solicitud.
- Proporcionar información falsa sobre el lugar en el que vive.

La primera vez que lleve a cabo una de estas acciones no recibirá TANF por 12 meses. La segunda vez, no recibirá TANF por 24 meses. La tercera vez no podrá obtener TANF en absoluto. 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.

La primera vez que lleve a cabo una de estas acciones no recibirá REFC por 3 meses. La segunda vez, no recibirá REFC por 6 meses. Además tendrá que devolver todos los beneficios REFC que no debería haber recibido. Sus beneficios de comida no aumentarán aunque usted reciba menos de REFC si nos dijo algo que no era verdadero o nos ocultó la verdad.

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

## Información sobre las multas del Programa de asistencia para nutrición suplementaria (SNAP)

Si usted...	Perderá sus beneficios de alimentos...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oculta información o proporciona información falsa.</li> <li>• Usa tarjetas de Beneficios por Transferencia Electrónica (EBT, por sus siglas en inglés) de otras personas.</li> <li>• Usa los beneficios de alimentos para comprar bebidas alcohólicas o productos de tabaco.</li> <li>• Cambia o vende sus beneficios o tarjetas de EBT.</li> <li>• Vacía recipientes únicamente por su valor de canje en efectivo.</li> <li>• Revende, por dinero en efectivo, alimentos que ha comprado con los beneficios de alimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante 12 meses por la primera infracción.</li> <li>• Durante 24 meses por la segunda infracción.</li> <li>• De forma permanente por la tercera infracción.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambia sus beneficios alimentarios por sustancias controladas como drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante 24 meses por la primera infracción.</li> <li>• De forma permanente por la segunda infracción.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambia sus beneficios alimentarios por armas de fuego, municiones o explosivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De forma permanente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambia, compra o vende sus beneficios de alimentos de \$500 dólares o más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De forma permanente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporciona información falsa sobre su identidad o domicilio para recibir más beneficios de alimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante 10 años por cada infracción.</li> </ul>
<p>Podría imponérsele una multa de hasta \$250,000 o encarcelársele hasta por 20 años, o ambos, por actuar de cualquiera de las maneras a continuación. Asimismo, podrían imputársele cargos bajo otras leyes federales.</p>	
Si, teniendo conocimiento, usted hace lo siguiente...	Usted podría...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa tarjetas de EBT que no sean suyas;</li> <li>• Transfiere sus tarjetas de EBT a otras personas;</li> <li>• Adquiere o posee tarjetas de EBT que no son suyas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser culpable de un delito mayor o menor;</li> <li>• Recibir una multa;</li> <li>• Ir a la cárcel;</li> <li>• No ser elegible para beneficios de alimentos por un tiempo.</li> </ul>

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



## Información sobre todos los programas

### Nuestra política de no discriminación

El Departamento de Servicios Humanos (ODHS) y la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) no discriminan a nadie. Eso significa que el ODHS y la OHA ayudarán a todas las personas que reúnan los requisitos y no tratarán a nadie de forma distinta debido a su edad, raza, color, procedencia nacional, sexo, religión, convicción política<sup>1</sup>, discapacidad u orientación sexual.

Usted puede presentar una queja si cree que el ODHS o la OHA le trataron de manera diferente debido a cualquiera 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, para personas con problemas auditivos, 711), o envíe una carta a dicha oficina a la siguiente dirección:

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

Por correo electrónico: [GAO.info@odhs.oregon.gov](mailto:GAO.info@odhs.oregon.gov)

---

En conformidad con la ley federal de derechos civiles y los lineamientos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo (*incluyendo identidad de género y orientación sexual*), creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas<sup>1</sup> o por represalias por actividad previa en derechos civiles.

La información del programa puede proporcionarse en otros idiomas que no sean inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (*por ejemplo, en braille, tipografía grande, archivo de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.*) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) con la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas auditivos, o que tengan discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) llamando al 800-877-8339.

Para presentar una queja por discriminación, el Querellante debe completar el Formulario AD-3027, *USDA Program Discrimination Complaint Form* (Formulario de quejas por discriminación en un programa del USDA), que puede obtenerse en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al 833-620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del/de la querellante, la dirección, el número de teléfono, una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con suficientes detalles para informar al Secretario Asistente para Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación a los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o carta, debe presentarse a:

**Correro:**

Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; o

**Fax:** 833-256-1665 o 202-690-7442; o

**Correo electrónico:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

**Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.**

### Por qué necesitamos su Número de Seguro Social

**Números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés)** – 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 regla del ODHS (OAR 461-120-0210) exigen que toda persona que solicite beneficios en efectivo o alimentarios proporcione su SSN al ODHS. Si proporciona un SSN, puede acelerar el proceso de solicitud. Si una persona no cuenta con un SSN, visite [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

- a. El ODHS utilizará su SSN para ayudar a decidir si usted es elegible para recibir beneficios. Se empleará su SSN para corroborar sus ingresos y otros bienes que tenga, y cotejarlos con otros registros estatales y federales como el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), Medicaid, manutención de hijos, el Seguro Social y beneficios por desempleo, además de otros programas de asistencia pública.

---

<sup>1</sup> Los clientes de SNAP están amparados contra la discriminación sobre la base de sus ideas políticas. **Por favor pase a la página 16, lea y firme.**

- b. El ODHS puede utilizar su SSN para preparar información agregada o informes que sean solicitados por fuentes que financian el programa en el que desea participar o del que esté recibiendo beneficios.
- c. El ODHS y la OHA pueden utilizar o divulgar su SSN:
  - Si es necesario para el funcionamiento del programa en el que desea participar o del que esté recibiendo beneficios.
  - Para evaluar la calidad de las actividades y mejorarla.
  - Para corroborar la cantidad correcta de los pagos y recuperar los beneficios pagados en exceso.
  - Para asegurar que nadie reciba beneficios en más de una unidad familiar.

**No se requiere un número de seguro social para obtener efectivo para refugiados (REFC) o cuidado de niños relacionado con el empleo (ERDC).**

## Información sobre sus derechos y responsabilidades

### Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

- He proporcionado información verdadera, correcta y completa al ODHS y al Departamento de Aprendizaje y Atención Tempranos (DELTC).
- Comprendo que presentar declaraciones falsas u ocultar información puede conllevar sanciones estatales y federales, como también la obligación de devolver cualquier sobrepago (*esto incluye a los representantes autorizados de beneficios en efectivo*).
- El ODHS puede revisar mi caso. Esto podría incluir venir a mi casa.
- Declaro que soy residente de Oregon.
- Reportaré los cambios de la información que brinde al ODHS cuando me lo exijan.
- He proporcionado información verdadera acerca de mi ciudadanía y la de las otras personas que estoy incluyendo en la solicitud.
- Sé que el ODHS verificará la situación inmigratoria de las personas que están solicitando o recibiendo beneficios. Sé que la información que el ODHS obtiene de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) puede afectar la decisión de quién recibe beneficios. **El ODHS no contactará al USCIS con respecto a alguien que no solicite beneficios.**
- Autorizo a la División de Manutención de Hijos (DCS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Justicia (DOJ, por sus siglas en inglés) a divulgar mis registros sobre manutención de hijos al ODHS.
- Los adultos menores de 60 años en este formulario que soliciten beneficios alimentarios (SNAP) se registrarán en el programa de empleo del estado. Si agrego a otras personas al programa en el futuro, también se registrarán.
- Si no presento al ODHS el número de Seguro Social de alguna persona que desee beneficios, es posible que dicha persona no pueda obtenerlos.
- El ODHS no utilizará costos para refugio, atención médica, cuidado de niños y manutención de hijos ordenada por el tribunal para establecer mis beneficios alimentarios si no los reporto.
- El ODHS y el DELC solicitarán y utilizarán datos del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) y esta información puede afectar los niveles de elegibilidad y beneficios. Esto incluye verificación a través de contactos con terceros cuando se encuentren discrepancias en la información. Los contactos con terceros pueden incluir asegurarse de que coincidan los expedientes de los bancos, de ingresos y de los beneficios por desempleo.
- Entiendo que el ODHS puede usar o divulgar mi SSN y los SSN de todas las personas para quienes solicito beneficios para los fines indicados en las páginas 13 y 14.
- El ODHS y el DELC pueden compartir la información de esta solicitud con:
  - Agencias federales y estatales que están realizando revisiones
  - Oficiales de policía, para ayudarlos a arrestar a alguien que esté huyendo de la ley.
  - Agencias federales y estatales y agencias privadas de cobranza, si tengo que reembolsar el pago de beneficios al ODHS y al DELC.
- El ODHS puede usar esta información para administrar otros programas de asistencia pública que reciba del departamento.

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

- Entiendo que el ODHS 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. Esto incluye negocios de ventas al público que solo venden, o principalmente venden, cerveza y vino.
  - Casinos, casinos de juegos de azar o establecimientos de apuestas.
  - Establecimientos comerciales que ofrezcan entretenimiento para adultos en los cuales los artistas se desvisten o actúan sin vestimentas. Esto incluye tiendas de videos para adultos que principalmente venden o presentan videos o películas para adultos.
  - Dispensarios de marihuana.

**Dichas restricciones aplican:**

- En Oregon.
- Fuera de Oregon.
- En las tierras tribales.

Estas restricciones también aplican a los beneficios en efectivo en una cuenta de banco privada.

- Entiendo que la persona que firme este formulario debe reembolsar el pago de beneficios al ODHS y al DELC cuando ocurra un sobrepago en mi caso. Es posible que otras personas que deban presentar una solicitud ante mí y un representante autorizado también sean responsables de los sobrepagos.
- Entiendo que puedo solicitar una copia de mi solicitud en papel o en formato electrónico.
- **Personas que soliciten beneficios en efectivo** – Otorgo al estado el derecho de retener los pagos de manutención, de acuerdo con lo explicado en las páginas 10 y 11. Comprendo que no tengo la obligación de trabajar con el programa de manutención de hijos si ello representa un peligro para mí o para mis hijos.
- **Personas que soliciten beneficios en efectivo y alimentarios** – Comprendo que no puedo obtener beneficios alimentarios del programa de Distribución Alimentaria Tribal y del programa SNAP al mismo tiempo. Tampoco puedo obtener TANF tribal de una tribu y beneficios en efectivo de TANF del ODHS al mismo tiempo.
  - Declaro, bajo pena de realizar una declaración falsa, que las manifestaciones efectuadas sobre las personas de mi hogar, incluidas las declaraciones sobre ciudadanía, ingresos, recursos, bienes y toda otra información que haya proporcionado al ODHS y sus contratistas, son verdaderas y correctas.
  - Daré comprobantes de la información que he compartido con el ODHS. También permitiré que el ODHS se ponga en contacto con otras personas y agencias para obtener pruebas.
- **Personas que soliciten Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo** – Entiendo que cualquier beneficio de cuidado de niños que reciba se reportará al Departamento de Hacienda de Oregon, lo cual podría afectar mi deuda fiscal y/o mi posible declaración de impuestos.
- Entiendo que puedo elegir que el proveedor de cuidado de niños 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](mailto:bolita@boli.state.or.us); y
- **Teléfono:** 971-673-0824

Las disposiciones sobre el salario mínimo federal están contenidas en la Ley de Normas de Trabajo Justo (FLSA, por sus siglas en inglés). 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/agencies/whd/compliance-assistance>
- **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 4214, y tengo una copia de dicho formulario.

_____	_____
Firma legal completa del solicitante/representante autorizado	Fecha
_____	_____
Firma legal completa del otro padre/madre, del cónyuge o de otro adulto	Fecha
_____	_____
Firma del miembro del personal-testigo	Fecha

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted?

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los mejores días y horas para comunicarnos con usted? \_\_\_\_\_

### Registro de votantes

Si no está registrado/a para votar en donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse para votar hoy?

Sí  No

Ya sea que se registre para votar o no, esto no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le proporcionará.

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