

## 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/dx0415f.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](http://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 solicitar este beneficio, llene las páginas 1 – 14, lea las páginas 27 – 33 y firme la página 33.
- **Beneficios de comida**, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (*Supplemental Nutrition Assistance Program o SNAP*): Ayuda para comprar comida. Para solicitarlo, llene las páginas 1 – 17, lea las páginas 25 – 33 y firme la página 33. **Puede presentar la página 1-2 con sólo su nombre, dirección y firma para presentar la solicitud para beneficios de alimentos e iniciar el proceso de solicitud. Si usted tiene derecho a recibir beneficios, comenzará a recibir beneficios de alimentos la fecha de esta presentación. Si usted tiene derecho a recibir beneficios, comenzarán en esa fecha.**

*Continúa en la próxima página*

- **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 un formulario de 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 o 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 siete 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.

*Continúa en la próxima página*

## ¿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* empiezan por lo general 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 28 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>.





## ¿Tiene usted una necesidad inmediata?

1. Por favor conteste las siguientes preguntas sobre usted y las personas para quienes solicita beneficios:
- a) ¿Tiene alguien ingresos de \$150 o más por mes?  Sí  No
- b) ¿Tiene alguien \$100 o más en efectivo o en cuentas de cheques o de ahorros?  Sí  No
- c) 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
- d) ¿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
2. ¿Necesita un lugar para vivir?  Sí  No
3. ¿Tiene un aviso de desalojo o de juicio hipotecario?  Sí  No
4. ¿Recibió o espera recibir un aviso de corte de servicios públicos?  Sí  No
5. ¿Necesita escapar de una situación abusiva o peligrosa?  Sí  No
6. Su compañero(a), ¿le hace sentir miedo con amenazas, gritos o lesiones físicas?  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.

**Yo**

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

**Parentesco** (*madre, hijo*) \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Hombre  Mujer

**Fecha de nac.** (*mm/dd/aaaa*) \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Casado  Divorciado  Viudo  
 Soltero  Casado pero separado

**Etnia:**  Hispano/latino  No hispano/latino

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

Llene para 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 arresto pendiente?**  Sí  No

**Último año escolar que terminó:** \_\_\_\_\_

**N° de Seguro Social:**    -   -

**¿Es ciudadano de EE.UU.?**  Sí  No

Si contestó no, llene la siguiente información:

**N° Residente extranjero:**    -    -

**Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_

(*Ciudad/estado o país*)

**Fecha que entró a EE.UU.:** \_\_\_\_\_ **Fecha que entró a Oregón:** \_\_\_\_\_



# 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) \_\_\_\_\_

Parentesco (madre, hijo) \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Divorciado  Viudo  
 Soltero  Casado pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

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

Llene para 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 arresto pendiente?  Sí  No

Último año escolar que terminó: \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social:    -   -

¿Es ciudadano de 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 para darnos los datos de las personas que viven en su casa, vea las cinco (5) páginas que siguen. Si necesita más de 5 páginas, haga copias o pida el formulario DHS 0415x.**

2. ¿Hay alguna mujer embarazada en su casa?  Sí  No

Si contestó sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

Fecha del parto: \_\_\_\_\_

3. ¿Hay alguien que sea militar, veterano o cónyuge o dependiente de alguien que lo sea?  Sí  No

4. 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

5. Nombre a las personas que quieren beneficios y están en la escuela secundaria, universidad, escuela vocacional o de capacitación.

	<b>Estudiante 1</b>	<b>Estudiante 2</b>
Nombre del estudiante:		
Nombre de la escuela/programa:		
Nivel de estudio:	<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Secundaria <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

## 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. Conteste para todas las personas que quieren beneficios.

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Parentesco (madre, hijo)

Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa)

Estado civil:  Casado  Divorciado  Viudo  
 Soltero  Casado pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

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

Llene para 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 arresto pendiente?  Sí  No

Último año escolar que terminó: \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: | | | | - | | | | - | | | | |

¿Es ciudadano de 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: \_\_\_\_\_

## 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. Conteste para todas las personas que quieren beneficios.

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Parentesco (madre, hijo)

Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa)

Estado civil:  Casado  Divorciado  Viudo  
 Soltero  Casado pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

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

Llene para 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 arresto pendiente?  Sí  No

Último año escolar que terminó: \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: | | | | - | | | | - | | | | | |

¿Es ciudadano de 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: \_\_\_\_\_

## 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. Conteste para todas las personas que quieren beneficios.

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Parentesco (madre, hijo)

Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa)

Estado civil:  Casado  Divorciado  Viudo  
 Soltero  Casado pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

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

Llene para 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 arresto pendiente?  Sí  No

Último año escolar que terminó: \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: | | | | - | | | | - | | | | | |

¿Es ciudadano de 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: \_\_\_\_\_

## 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. Conteste para todas las personas que quieren beneficios.

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Parentesco (madre, hijo)

Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa)

Estado civil:  Casado  Divorciado  Viudo  
 Soltero  Casado pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

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

Llene para 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 arresto pendiente?  Sí  No

Último año escolar que terminó: \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: | | | | - | | | | - | | | | | |

¿Es ciudadano de 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: \_\_\_\_\_

## 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. Conteste para todas las personas que quieren beneficios.

Nombre completo (apellido, nombre, inicial)

Parentesco (madre, hijo)

Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nac. (mm/dd/aaaa)

Estado civil:  Casado  Divorciado  Viudo  
 Soltero  Casado pero separado

Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

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

Llene para 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 arresto pendiente?  Sí  No

Último año escolar que terminó: \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: | | | | - | | | | - | | | | |

¿Es ciudadano de 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: \_\_\_\_\_



<b>Agency use only:</b>	Program:	Branch:	Case number:
	Case name:		Worker ID:

## 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 la siguiente página.



Ingreso ganado	Trabajo 1
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
¿Ingresos por trabajo por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún costo asociado con este negocio?	<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:	

Ingreso ganado	Trabajo 2
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
¿Ingresos por trabajo por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún costo asociado con este negocio?	<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, explíquenlos por qué:	
Nueva cantidad:	\$
Fecha del cambio:	

Ingreso ganado	Trabajo 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
¿Ingresos por trabajo por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún costo asociado con este negocio?	<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:

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

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

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

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

## **Gastos de su casa**

### **Gastos de cuidado de dependientes**

1. ¿Paga alguien cuidado de niños o cuidado de un adulto discapacitado?  
 Sí  No

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

2. 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.

### **Necesidades de cuidado de niños**

1. Dé información sobre sus horarios 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):** \_\_\_\_\_

2. Dé la información de sus 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](mailto:children@211.org) o visite el sitio [211Info.org](http://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. ¿Tiene usted la custodia compartida de alguno de los niños que necesitan cuidado?  Sí  No

6. ¿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.

7. 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 o excepciones sobre vacunación para obtener beneficios de cuidado de niños.

8. ¿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

9. ¿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 27, lea las páginas 27-33 y firme en la página 33. 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 y en la página siguiente:

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

¿Cuánto paga usted de la cantidad total? \$_____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Seguro contra incendio/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?  Sí  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 / refrigeración que usa para su vivienda?  Sí  No

a) ¿Está el costo incluido en el alquiler/hipoteca?  Sí  No

2. ¿Qué otro tipo de servicios públicos paga?

Agua/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.**

<b>Agency use only</b>	<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. Oregón tiene un límite de tiempo de 3 meses para los beneficios de SNAP. Este límite de tiempo es para la mayoría de los adultos de 18 años en adelante, pero que todavía no hayan cumplido los 50 años, y que puedan trabajar. No hay 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 1º de enero de 2019?  Sí  No

**Si contestó sí, llene a continuación.**

Persona	Estado

**Si solicita solamente beneficios de comida y cuidado de niños, pase a la página 25.**

**Lea las páginas 25-33 y firme en la página 33.**

**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 tribu con reconocimiento federal?  Sí  No **Si contestó sí, llene a continuación.**

- |  |  |
|--|--|
| <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. Vea las páginas 20 y 21.**

## Padres que no viven en su casa (continuación)

### a) Padre ausente 1

Nombre (*nombre, inicial, apellido*):

Este es mi:  cónyuge o excónyuge  pareja o ex pareja  hijo  
 hijastro  otro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (*mes, día, año*):

Sexo:

Mujer

Hombre

Número de Seguro Social (*si lo sabe*):

|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código P.:

Teléfono:

|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Fecha en que este padre dejó de vivir con el niño (*mes, día, año*):

Cantidad de horas por semana que este padre pasa con el niño:  
De esas horas ¿cuántas pasa en el hogar del niño?

Si es un padre ausente ¿se estableció legalmente la paternidad?

Sí  No  No sé

¿Cree que este padre podría causarle daño a usted o a su hijo si tratamos de establecer la paternidad o conseguir seguro de salud?

Sí  No

Nombre de los hijos del padre que usted ha mencionado en esta solicitud.

## Padres que no viven en su casa (continuación)

### a) Padre ausente 2

Nombre (*nombre, inicial, apellido*):

Este es mi:  cónyuge o excónyuge  pareja o ex pareja  hijo  
 hijastro  otro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (*mes, día, año*):

Sexo:

Mujer

Hombre

Número de Seguro Social (*si lo sabe*):

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código P.:

Teléfono:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Fecha en que este padre dejó de vivir con el niño (*mes, día, año*):

Cantidad de horas por semana que este padre pasa con el niño:  
De esas horas ¿cuántas pasa en el hogar del niño?

Si es un padre ausente ¿se estableció legalmente la paternidad?

Sí  No  No sé

¿Cree que este padre podría causarle daño a usted o a su hijo si tratamos de establecer la paternidad o conseguir seguro de salud?

Sí  No

Nombre de los hijos del padre que usted ha mencionado en esta solicitud.

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

## Información sobre 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 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 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 hará quedar 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)

<b>Si usted hace lo siguiente...</b>	<b>Perderá los beneficios de comida...</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Oculta información o hace declaraciones falsas.</li><li>• Usa tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) que pertenecen a otra persona.</li><li>• Usa beneficios de comida para comprar alcohol o tabaco.</li><li>• Canjea o vende beneficios o tarjetas EBT.</li><li>• Descarta productos para reciclar los envases y obtener efectivo.</li><li>• Revende alimentos comprados con beneficios de comida para obtener efectivo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Por 12 meses la primera vez.</li><li>• Por 24 meses la segunda vez.</li><li>• Permanentemente la tercera vez.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canjea beneficios de comida por sustancias ilegales, como por ejemplo drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por 24 meses la primera vez.</li> <li>• Permanentemente la segunda vez.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canjea beneficios de comida por armas de fuego, municiones o explosivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanentemente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canjea, compra o vende beneficios de comida por un valor de \$500 o más.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanentemente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da información falsa sobre su identidad o su domicilio para obtener beneficios de comida adicionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 años por cada delito.</li> </ul>

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.

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

### 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 políticas<sup>1</sup>, discapacidad u orientación sexual<sup>2</sup>.

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).

---

<sup>1</sup> Los clientes de SNAP están protegidos contra la discriminación por creencias políticas.

<sup>2</sup> La orientación sexual está protegida por el estado de Oregon pero no por las leyes federales.

## **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](http://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 asegurarse de que nadie reciba beneficios en más de una casa.

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

## 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 puede usar computadoras para verificar toda la información de este formulario. Esto incluye comparar dicha información con registros de bancos, 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 28.
- 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.
- **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 22-23. 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 Oregon (*Oregon Department of Revenue*), lo cual puede afectar mi deuda impositiva o devolución potencial.

*Continúa en la próxima página para declaración y firma*

## Declaración y firma

He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades explicados anteriormente y en el formulario DHS 0415R, y tengo una copia del 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.