Washington State Department of Social & Health Services

Solicitud de asistencia alimenticia o de dinero en efectivo

Application for Cash or Food Assistance

En caso que necesite ayuda para completar o leer el presente formulario, sírvase solicitarnos la ayuda respectiva.

Conserve esta página para sus registros.

¿Cómo puedo solicitar asistencia alimenticia o de dinero en efectivo?

- **Complete** la solicitud adjunta. Puede **iniciar** el proceso hoy presentando la solicitud personalmente en la oficina de servicios comunitarios local. La solicitud debe contener su nombre, dirección y firma o la firma de su representante autorizado. Si no tiene una dirección, comuníquese a su oficina local para que le ayuden a conseguir una dirección postal. Adjunte hojas adicionales en caso de necesitar más espacio.
- Puede obtener una mayor cantidad de beneficios u obtenerlos más pronto si inicia, completa y nos entrega lo más pronto posible su solicitud y cualquier otra información que solicitemos.
- Lleve su solicitud a una oficina local. Visite www.dshs.wa.gov para ver las ubicaciones.
- Envíe su solicitud por fax al 1-888-338-7410
- Envíe su solicitud por correo a la siguiente dirección:

  DSHS
  CSD-Customer Service Center
  PO Box 11699
  Tacoma, WA 98411-6699
  También puede llenar su solicitud en línea al www.washingtonconnection.org

- **Para la cobertura de atención médica, puede solicitar tanto en línea en www.wahealthplanfinder.org, llamando al 1-855-923-4633, o usando la solicitud de Cobertura de Atención Médica HCA (HCA 18-001).**

¿Qué tan pronto puedo recibir ayuda con alimentos y dinero en efectivo?

Si necesita asistencia alimenticia de inmediato, complete de la pregunta 1 hasta la 14 y entregue el presente formulario a su oficina local.

Nosotros decidimos si usted es elegible para la asistencia alimenticia *dentro de 7 días* si prueba su identidad *y* cumple con uno de los siguientes:

- Este mes su familia recibirá menos de $150 en ingreso bruto y menos de $100 en recursos líquidos.
- Los recursos e ingresos de su familia son menores que el alquiler y los servicios públicos mensuales.
- Su familia incluye un trabajador agrícola estacional o un trabajador migratorio indigente.

Los beneficios son emitidos el día posterior a la decisión de su elegibilidad. Generalmente, la asistencia alimenticia se inicia el día en el que recibimos su solicitud. Generalmente, la asistencia de dinero en efectivo comienza el día en el que tenemos toda la información para decidir que usted es elegible.

Derechos Civiles

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS), a esta institución se le prohíbe discriminar por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. De acuerdo a la política de USDA y la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, también se prohíbe la discriminación por razón de creencias políticas o religiosas. Para presentar un reclamo por discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Escriba al Director del USDA, a la Oficina de Derechos Civiles: Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). Escriba al Director del USDA, a la Oficina de Derechos Civiles: Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). El USDA y HHS son proveedores y empleadores que cumplen con los principios de igualdad de oportunidades.

Números del Seguro Social y Condición Migratoria

Puede recibir asistencia para algunas personas que viven con usted incluso si otras personas que viven con usted no pueden obtener ayuda debido a su condición migratoria. Debe informarnos sobre la condición migratoria de cualquier persona que solicita asistencia.

De acuerdo a la Ley Federal (45 CFR § 205.52, 7 CFR §273.6), debe brindarnos el Número de Seguro Social (SSN) de cualquier persona que vive con usted y que ha presentado su solicitud para TANF o asistencia alimenticia. También necesitamos los números de seguro social de padres y cónyuges que viven con usted pero no han presentado ninguna solicitud.

Utilizamos el SSN para revisar identidades, verificar elegibilidad, prevenir fraudes y recopilar reclamos. Intercambiamos información con otras agencias para administrar nuestros programas y cumplir con la ley. También podemos brindar esta información a agencias judiciales que intentan atrapar criminales que se dan a la fuga.

Privacidad y su Asistencia de dinero en efectivo y alimentos

La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, según su enmienda, permite que el departamento recopile la información que pedimos en la solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del hogar. Proporcionar la información solicitada es un acto voluntario. Sin embargo, no brindar un SSN o prueba de solicitud de un SSN sin una buena razón tendrá como resultado el rechazo de la asistencia alimenticia básica para cada persona que no proporcione un SSN. Nosotros verificamos parte de esta información con programas de coincidencias por computadora, incluyendo el Sistema de Verificación de Ingresos Federales y Elegibilidad (IEVS).

La información reportada al Departamento de Servicios Sociales y de Salud puede afectar la elegibilidad para la cobertura de atención médica administrada por la Autoridad de Atención Médica y el Intercambio de Beneficios de Salud.

Utilizamos esta información para:	Podemos brindar esta información para:
• Decidir quién es elegible para nuestros programas. • Cobrar pagos excesivos. • Administrar nuestros programas. • Asegurar que cumplimos con la ley.	• Uso oficial de agencias estatales y federales. • Agencias judiciales dedicadas a buscar personas que huyen para evadir la ley. • Agencias privadas de cobranzas para cobrar pagos adicionales de asistencia alimenticia.

Advertencia de Penalidad de Asistencia Alimenticia

Enviamos la información de las personas que solicitan Asistencia Alimenticia a otras agencias federales para revisar que dicha información sea correcta. En caso que la información sea incorrecta, es probable que las personas que solicitaron la Asistencia Alimenticia no la obtengan. Si una persona brinda información que sabe es incorrecta, podría ser procesada criminalmente. Las penalidades por el incumplimiento intencional de las reglas de asistencia alimenticia varían desde descalificación del programa a multas o posible prisión.

Washington State Department of Social & Health Services

Solicitud de Asistencia alimenticia y de dinero en efectivo

Application for Food and Cash Assistance

Pídanos ayuda si la necesita para llenar este formulario.

1. PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO (REQUERIDO)	2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (SI SE CONOCE)
3. DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE VIVE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		4. NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA/DE PREFERENCIA
5. DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		6. OTROS NÚMERO(S) DE TELÉFONO
		7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

8. Solicito lo siguiente (marque todo lo que corresponda):
☐ Dinero en efectivo ☐ Alimentos ☐ Guardería

9. Yo o alguien más en mi hogar (verifique todo lo que solicita): ☐ nos encontramos en una situación de violencia doméstica ☐ tengo/tiene una discapacidad ☐ No puedo/puede trabajar debido a problemas de salud ☐ estoy/está embarazada; nombre_____fecha de parto: _____

10. ¿Cuánto dinero espera recibir su familia este mes? $_____
11. ¿Cuánto dinero tiene su familia en efectivo y en cuentas bancarias? $_____
12. ¿Cuánto paga su familia por alquiler o hipoteca? $_____
13. ¿Qué servicios públicos paga su familia? ☐ Calefacción/aire acondicionado ☐ Teléfono ☐ Otro: _____
14. ¿Algún miembro de su familia es un trabajador agrícola migratorio o estacional? ☐ Sí ☐ No
15. En caso que solicite asistencia alimenticia, ¿para cuántos miembros de su familia usted compra y prepara alimentos? _____
16. Si solicita guardería, ¿para qué actividad la requiere (check all that apply)?
☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ WorkFirst ☐ Alimentación Básica para Empleo y Capacitación (BFET)

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: _____ Date: _____

17. ☐ Necesito un intérprete. Hablo: _____ o ☐ lenguaje de señas; traducir mis cartas al: _____

18. Enumere a todos los miembros de su familia, incluso si no ha presentado solicitudes para ellos (adjunte hojas adicionales, si fuese necesario)

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	GÉNERO M O F	¿CÓMO SE ENCUENTRA RELACIONADA ESTA PERSONA A USTED?	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE SI DESEA BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA	OPCIONAL PARA NO-SOLICITANTES			
					NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MARQUE SI ES CIUDADANO DE LOS EE.UU.	RAZA (VEA EJEMPLOS A CONTINUACIÓN)	NOMBRE DE TRIBU (Para Indios Americanos, Nativos de Alaska)
		Yo		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

19. Mi antecedente étnico es Hispano o Latino: ☐ Sí ☐ No

La información de antecedentes étnicos y raza es voluntaria. Para Asistencia Alimenticia, la USDA requiere que respondamos por usted en caso que no proporcione la información respectiva. **Ejemplos de raza:** Blanco, Negro o Afroamericano, Asiático, Nativo de Hawái, Isleño del Pacífico, Indio Americano, Nativo de Alaska o cualquier combinación de razas.

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

I. Información general

1. En los últimos 30 días, recibí asistencia alimenticia o de dinero en efectivo por parte de otro estado, tribu u otra fuente. ☐ Sí ☐ No
2. Alguna persona por la que estoy presentando una solicitud habita fuera del Estado de Washington: ☐ Sí ☐ No Quién: _____
3. Yo o algún miembro de mi familia es un extranjero patrocinado: ☐ Sí ☐ No Quién: _____
4. Yo o alguien de mi hogar con 16 años o más se encuentra en (marque todas las aplicables): ☐ Un programa de equivalencia de preparatoria ☐ Preparatoria ☐ Universidad ☐ Escuela de oficios Quién: _____
5. Yo o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud quisiera información sobre Servicios de Empleo y Capacitación (BFET): ☐ Sí ☐ No
6. Algún miembro se encuentra temporalmente fuera de casa: ☐ Sí ☐ No Quién: _____
7. Yo o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha servido en el ejército: ☐ Sí ☐ No Quién: _____
8. Alguna persona es dependiente o cónyuge de algún miembro (vivo o fallecido) que haya servido en el ejército: ☐ Sí ☐ No
9. Yo o alguna persona para la cual estoy presentando una solicitud ha huido de la ley para evitar un juicio o la cárcel por un delito grave. ☐ Sí ☐ No.
10. Vivo en: ☐ Mi propia casa o departamento ☐ Hogar de crianza en grupo ☐ Otro: _____
    ☐ Centro (especifique el tipo): _____ Fecha de ingreso: _____
11. Yo soy: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ En una Sociedad Doméstica Registrada

II. Recursos (Adjunte comprobante; sólo efectivo)

Un recurso es cualquier cosa que posee o compra, que pueda ser vendido, comercializado o convertido en efectivo o dinero por otros. Un recurso no incluye propiedad personal tales como: mobiliario o vestimenta. Ejemplos de recursos son:

- Dinero en efectivo
- Cuentas corrientes
- Cuentas de ahorro
- Fondos Universitarios
- Fideicomisos
- IRA / 401k
- Hogares, terrenos o edificios
- Certificados de depósito
- Cuenta del mercado financiero
- Bonos
- Fondo de Retiro
- Fondos funerarios, planes prepago
- Equipo de negocios
- Ganado
- Seguro de Vida

Por favor enumere los recursos que usted, su cónyuge o cualquier persona por la que está presentando una solicitud posee o compra:

RECURSOS	A QUIÉN PERTENECE	LUGAR	VALOR	A QUIÉN PERTENECE	LUGAR	VALOR
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$

2. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud posee autos, camiones, furgonetas, botes, vehículos de recreación (RV), remolques u otros vehículos motorizados:

AÑO (ej.:1980)	MARCA (Ej., FORD)	MODELO (Ej., ESCORT)	MARQUE SI ES ALQUILADO	MARQUE SI EL VEHÍCULO ES UTILIZADO PARA PROPÓSITOS MÉDICOS	MONTO ADEUDADO
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha vendido, comerciado, donado o transferido un recurso en los últimos dos años (incluye fideicomisos, vehículos o propiedades de vida): ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, cuál:_____cuándo: _____

III. Pensiones (Inversiones realizadas por cualquier miembro de la familia para recibir pagos regulares en la actualidad o en un futuro.)

¿A QUIÉN PERTENECE LA PENSIÓN?	¿COMPAÑÍA O INSTITUCIÓN?	MONTO O VALOR	INGRESO MENSUAL	FECHA DE ADQUISICIÓN
		$	$	
		$	$	
		$	$	

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

IV. Ingresos Ganados Adjunte comprobante

1. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha tenido un trabajo que terminó en los últimos 60 días: ☐ Sí ☐ No
2. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud tiene ingresos provenientes de un trabajo: ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es afirmativa, por favor complete esta sección:

¿QUIÉN GANA ESTE INGRESO? NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR FECHA DE INICIO ¿El trabajo es un empleo independiente? ☐ Sí ☐ No	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE IMPUESTOS) $_____cada: ☐ Hora ☐ Semana ☐ Dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mes Horas por semana: _____ Fechas de pago (por ej.: 1' y 15' o cada viernes):
¿QUIÉN GANA ESTE INGRESO? NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR FECHA DE INICIO ¿El trabajo es un empleo independiente? ☐ Sí ☐ No	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE IMPUESTOS) $_____cada: ☐ Hora ☐ Semana ☐ Dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mes Horas por semana: _____ Fechas de pago (por ej.: 1' y 15' o cada viernes):

V. Otros Ingresos (Adjunte comprobante; utilice para todos los miembros de la familia)

- Beneficios de desempleo
- Ingreso del Seguro Social
- Ingreso tribal
- Ingreso de juegos
- Beneficios educativos (préstamos estudiantiles, subsidios, trabajo de prácticas)
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
- Manutención a menores o cónyuges
- Beneficios del ferrocarril
- Ingresos por rentas
- Retiro o pensión
- Beneficios militares o Administración de Veteranos (VA)
- Trabajo e industrias (L&I)
- Fideicomisos
- Intereses / Dividendos

TIPO DE INGRESO NO GANADO	¿QUIÉN OBTIENE ESTE INGRESO?	MONTO MENSUAL BRUTO	¿QUIÉN OBTIENE ESTE INGRESO?	MONTO MENSUAL BRUTO
		$		$
		$		$
		$		$
		$		$

VI. Gastos Mensuales

ALQUILER:	HIPOTECA	ALQUILER DE ESPACIO	SEGURO DE PROPIETARIO	IMPUESTOS SOBRE INMUEBLES	OTRAS TARIFAS
$	$	$	$	$	$

¿Qué servicios paga en su hogar de manera independiente de la renta o hipoteca?
☐ Calefacción (Eléctrica/Gas) ☐ Electricidad (No calefacción) ☐ Agua ☐ Teléfono de casa o celular ☐ Drenaje ☐ Basura

Otra persona o agencia, tal como una casa subvencionada me ayuda a pagar todo o una parte de estos gastos: ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, quién: _____ Qué gastos: _____ Monto que pagan: $ _____
Yo, mi cónyuge, o alguien en mi familia paga o debe pagar (marque todo lo que corresponda):

☐ Cuidado de niños o adultos dependientes (incluyendo costos de transporte)	Monto mensual: $	Quién paga:
☐ Facturas médicas para personas con discapacidades o de 60 años de edad a más (incluye costos de transporte y primas de seguro médico)	Monto mensual: $	Quién paga:
☐ Manutención para niños (Adjunte comprobante)	Monto mensual: $	Quién paga:

En caso que no informe acerca de alguno de los gastos mencionados anteriormente, consideraremos esto como una declaración por parte de su familia que no desea recibir una reducción para este gasto.

VII. Representante Autorizado

Un representante autorizado es alguien a quien usted autoriza para hablar con DSHS acerca de sus beneficios. Usted puede nombrar a alguna persona, pero no está obligado a hacerlo.

¿Tiene usted un representante autorizado? ☐ Sí ☐ No

¿Esta persona es su tutor legal? ☐ Sí ☐ No

Puede necesitar completar el formulario del Representante Autorizado (DSHS 14-532).

NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Declaración y Firmas

Si aplica para asistencia de dinero en efectivo, todos los adultos (o representantes autorizados) en el hogar deben firmar.

Si aplica para asistencia alimenticia, el solicitante (o representante autorizado) debe firmar.

Entiendo que debo:

- Brindar información correcta y cumplir con los requerimientos de información.
- Otorgar comprobantes de mi elegibilidad.
- Asignar ciertos derechos para la manutención de menores, al Estado de Washington cuando reciba Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Sin embargo, puedo solicitar a DSHS no obtener la manutención para menores si eso pone en peligro a mis hijos o a mi persona.
- Cooperar con los requisitos de trabajo de la asistencia alimenticia.

En caso de no cumplir estos requisitos, probablemente me nieguen los beneficios o tenga que pagar por ellos.

Entiendo que puedo ser procesado criminalmente si voluntariamente realizo una declaración falsa o no informo algo que debería informar.

Autorizo a DSHS para que contacte otras personas o agencias cuando sea necesario para ayudarme a obtener comprobantes de mi elegibilidad.

He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia del formulario de Derechos y Responsabilidades del Cliente, DSHS 14-113. **Yo certifico o declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que la información que he dado en esta solicitud, incluyendo la información relativa a la ciudadanía y la condición de inmigrante de los miembros que solicitan beneficios, es verdadera y correcta.**

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL SOLICITANTE	CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DE OTRO ADULTO SOLICITANTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE OTRO ADULTO	CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DEL AYUDANTE O REPRESENTANTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA IMPRENTA DEL REPRESENTANTE	CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DEL TESTIGO SI FIRMA CON UNA "X"	FECHA	NOMBRE EN LETRA IMPRENTA DEL TESTIGO	