



Solicitud de Asistencia

Quisiera Solicitar:

- Cupones Alimentarios Efectivo
 Médico Medicaid Waiver
 Asilo de Ancianos

Número de RFA: _____
 F. del bono: _____

Bienvenido al Departamento de Niños y Familias de Florida (DCF). Si necesita ayuda para completar esta solicitud o necesita los servicios de un intérprete, contáctese con nuestra oficina local. Necesitamos al menos, su nombre, dirección y la firma.

Los miembros de la familia o habitantes de su casa que son no elegibles, o que no solicitan prestaciones, pueden ser designados como no-solicitantes. A los no-solicitantes o a las personas que solo solicitan el Servicio de Emergencia de Medicaid, Ayuda Efectiva para Refugiados o Ayuda Médica para Refugiados, no se les pide el Número de Seguro Social (SSN). Las personas que solicitan Sellos para Comida, ayuda Efectiva o el Servicio de Medicaid, deben presentar un número de Seguro social. Si no ha sido elegido para tener un Número de Seguro Social debido a su condición de Inmigrante, podrá ser elegido para obtener un número de Seguro Social aún sin trabajo, y recibir los beneficios que necesita. Si necesita un Número de Seguro Social, podremos ayudarlo a solicitar uno. Las personas no-solicitantes no necesitan un Número de Seguro Social o presentar pruebas de su condición de inmigrantes.

A quiénes no sean ciudadanos y estén solicitando estos beneficios, se les realizará la verificación de sus condiciones inmigratorias con la Oficina de Ciudadanía y Servicios Inmigratorios (BCIS). La Oficina de Ciudadanía y Servicios Inmigratorios no será notificada sobre las condiciones inmigratorias de la gente que viva en su casa, que no soliciten las prestaciones. Las personas que no soliciten estos beneficios no serán reportadas como residentes ilegales de Estados Unidos, bajo ninguna circunstancia.

INFORMACIÓN PARA TODOS LOS PROGRAMAS

En su casa alguien evade la ley debido a un crimen o a la violación de la probatoria? SI NO QUIEN: _____

Alguien en su casa ha sido enjuiciado por un crimen de tráfico de drogas? SI NO Quien: _____

Alguien en su casa ha sido enjuiciado por recibir efectivo, ayuda médica (Medicaid) o sellos para comida en más de un estado al mismo tiempo? SI NO QUIEN: _____

CUANDO: _____ DONDE: _____

Ha vendido o entregado alguna propiedad o bienes en los últimos 90 días, 3 años o 5 años? SI NO

¿Posee alguna factura médica impaga de los últimos 3 meses? SI NO

INFORMACION DE MEDICAID

¿Alguien en su hogar se encuentra permanentemente incapacitado o ciego? SI NO QUIEN: _____

¿Alguien en su hogar se encuentra permanentemente incapacitado o ciego? SI NO QUIEN: _____

INFORMACIÓN ACTIVA SOBRE CUPONES ALIMENTARIOS

¿Todas las ganancias entrantes en su casa han cesado recientemente? SI NO CUANDO: _____

¿Alguien en su casa se desempeña como Trabajador de Granja migratorio o estacionario? SI NO

Cantidad mensual que paga por: Hipoteca / renta _____

¿Paga para calefaccionar o ventilar su casa? SI NO

Marque las facturas que paga: Electricidad/ Gas/ Agua/ Aguas Cloacales/ Teléfono

Nombre: Primero Segundo Apellido

Dirección: Ciudad Estado CP

Dirección donde recibe correo (si es diferente a su dirección personal) Ciudad Estado CP

Nº telefónico donde localizarlo: Personal: _____ Otro: _____

Anótese usted y las personas que viven en su casa, aún si no solicita para ellas. Si alguien está embarazada escriba "no nacido" bajo los ítems nombre y fecha de nacimiento esperada. Si no está solicitando para un miembro, no tiene que proporcionar un N° de Seguro Social o estado de ciudadanía.

Nombre Legal Apellido, Primero, Segundo	Quiere solicitar?	N° de Seguro Social (Ver las instrucciones anteriores)	Sexo	F. de Nacimiento	Ciudadano?	No-ciuda- dano elegible?	Etnia	Raza	Relación con usted
							Ver el reverso para instrucciones		

GANANCIAS Y BIENES: (provea información sobre ganancias y bienes de todos los habitantes de la casa)

Tipo de ganancia	A quien pertenece	Total Mensual	Tipo de bienes	A quien pertenece	Valor total

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

La información que usted provea en esta solicitud y en la entrevista, incluyendo la información de coincidencias por computadora que coincide con la de otras agencias, queda sujeta a la verificación de DCF y de otras Agencias Federales y Estatales incluyendo el Departamento de Fraude a la Asistencia Pública. Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente: que DCF, el Departamento de Fraude a la Ayuda Pública (PAF) y Agencias Federales Autorizadas pueden verificar la información proporcionada en esta solicitud y en la entrevista; pueden obtener información de mis trabajos anteriores y actuales; informar a DCF sobre cualquier cambio en mi situación de acuerdo a los requisitos del programa, en un tiempo máximo de diez días desde que tome conocimiento del mismo. Si la información es incorrecta, pueden reducirse o negarse los beneficios y podré estar sujeto a acciones legales o descalificado del programa por proveer información incorrecta intencionalmente. Si proveo información falsa u oculto información, se me pueden iniciar acciones legales. Conozco mis Derechos y Responsabilidades. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información en esta solicitud es verdadera, de acuerdo a mis conocimientos, incluyendo el estado de ciudadanía o de no-ciudadanía de aquellos que solicitan los beneficios.

Firma de un habitante de la casa adulto: _____ Fecha : _____

Testigo, si es que el responsable firma con una X:

Representante Autorizado /Designado: Escriba Nombre y Dirección: _____

Firma del Representante Autorizado /Designado: _____ Teléfono: _____

PUEDE SOLICITAR REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ

Marque el casillero SI para registrarse para votar o actualice su información como votante registrado. Si marca el casillero NO, o si no marca ninguno, se considerará que no está registrado para votar o que no ha actualizado su información como votante registrado. El hecho de marcar SI, NO o dejar en blanco esta pregunta, no afectará la recepción de sus beneficios. SI NO

PUEDE SER ELEGIDO PARA TARIFAS TELEFÓNICAS REDUCIDAS.

Marque el casillero SI para que DCF pueda publicar su nombre, N° de Seguro Social, N° telefónico y el hecho de que usted recibe Cupones Alimentarios, o Asistencia Financiera Temporal, a la compañía telefónica local, para que pueda recibir una tarifa telefónica reducida a través del Programa Línea de la vida. SI NO

INFORMACIÓN OPCIONAL

ETNIA

Para ser anotado en el frente

Elija A o B: **A.** Hispánico o Latino **B.** No Hispánico o Latino.

RAZA

Para ser anotado en el frente: Puede elegir uno o más números:

1. Indio Americano o nativo de Alaska
2. Asiático
3. Americano Negro o Africano
4. Hawaiano Nativo o de otras islas del Pacífico.
5. Blanco

CUPONES ALIMENTARIOS FACILITADOS

Este programa ayuda a los miembros de una familia de bajos recursos a comprar la comida necesaria para mantener una buena salud. Las familias reciben el beneficio de cupones alimentarios dentro de los 7 días si:
La renta total deducible de la casa es menor a \$150 y sus bienes totales líquidos (efectivo, cuentas bancarias, etc) no exceden los \$100 en el mes en el que se solicitan los beneficios.
Los bienes deducibles e ingresos brutos totales de la casa son menores que su renta mensual más reciente o hipoteca y expensas, o
Su casa alberga trabajadores de granja migratorios destituidos o de estación.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA INMIGRANTES.

Los números de Seguro Social se utilizarán para verificar la identidad de aquellas personas que soliciten los beneficios. La condición de no-ciudadano de cualquier persona que solicite los beneficios será verificada por la Oficina de Ciudadanía y Servicios Inmigratorios (BCIS) Las personas que sean reportadas como residentes ilegales de Estados Unidos no serán reportadas a BCIS bajo ninguna circunstancia. Si lo desea, puede solicitar cupones alimentarios o Asistencia Médica sin solicitar asistencia financiera temporal. La elegibilidad para cupones alimentarios o asistencia médica no tiene conexión con la solicitud de asistencia financiera temporal o con los límites de tiempo de la asistencia financiera temporal. Si usted o su familia utilizan los servicios de Medicaid, KidCare (Programa de Seguro de Salud para Niños CHIP), o cupones alimentarios, la recepción de estos beneficios no afectará su condición de inmigrante o la de su familia. Asimismo, la recepción de estos beneficios no afectará su capacidad o la de los miembros de su familia para obtener la Tarjeta Verde, salvo que reciba asistencia institucional a largo plazo, por ejemplo en un asilo de ancianos. El Uso de Asistencia Financiera o Seguridad de Ganancias Suplementarias (SSI) puede ocasionarle problemas para conseguir la Tarjeta Verde, en especial si estos beneficios son el único ingreso de su familia. Comuníquese con una agencia que ayuda a los inmigrantes con temas legales antes de solicitar estos beneficios.

AVISO DE SANCIONES

Puede estar sujeto a acciones legales por proveer intencionalmente información incorrecta para recibir beneficios de asistencia pública.

Cupones Alimentarios Si es encontrado culpable (por una Corte estatal o federal, o por una audiencia de inhabilitación administrativa) de realizar afirmaciones confusas o falsas intencionalmente, ocultando o reteniendo hechos para recibir o intentar recibir bonos de comida, o de cometer cualquier acto que viole la Ley de Cupones Alimentarios, normas de cupones alimentarios, o cualquier otro estatuto cuyo propósito sea utilizar, presentar, adquirir, recibir o poseer el beneficio de cupones alimentarios, será descalificado. Por la primer violación, perderá el derecho a recibir Cupones Alimentarios durante 12 meses; 24 meses por la segunda violación, y en forma permanente por la tercer violación. Si es condenado por traficar el beneficio de Cupones Alimentarios, será excluido en forma permanente. Si es condenado por estos actos, dependiendo de la severidad, puede ser multado con \$250,000 o encarcelado más de 20 años, o ambos.

Si es acusado por una Corte Federal o Estatal de realizar declaraciones fraudulentas respecto a la identidad o residencia para recibir cupones alimentarios en más de un Estado al mismo tiempo, perderá el derecho a participar en el Programa de Cupones Alimentarios por un período de 10 años.

Si trata de evadir el proceso, la custodia o el arresto luego de ser enjuiciado por un delito o por el intento de cometer un crimen, el cual es considerado un delito mayor, o ha violado la libertad condicional impuesta por una ley Federal o Estatal, perderá el derecho a recibir Cupones alimentarios. Esta información será revelada a otras Agencias Federales y Estatales para revisión oficial y a funcionarios policiales con el propósito de capturar a las personas que tratan de evadir la ley.

Asistencia Financiera Temporal Si proporciona información falsa intencionalmente u oculta información para recibir o continuar recibiendo Asistencia Financiera Temporal, y es enjuiciado por una Corte Federal o Estatal o por una audiencia de inhabilitación administrativa, será inhabilitado durante 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda y en forma permanente por la tercera violación.

Si es hallado culpable de un delito de tráfico de drogas o trata de evadir la ley, custodia o encarcelamiento, luego de ser enjuiciado por un delito o por un intento de cometer un delito mayor, o ha violado la probatoria o la libertad condicional impuesta por una ley Federal o Estatal, perderá el derecho a recibir Asistencia Financiera Temporal. Si es enjuiciado por una Corte Federal o Estatal por realizar afirmaciones fraudulentas respecto a la identidad o residencia para recibir Asistencia Financiera Temporal en más de un Estado al mismo tiempo, perderá el derecho a participar en el Programa de Asistencia Financiera Temporal durante un período de 10 años.

DECLARACIÓN DE NO-DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE FLORIDA

Ninguna persona será excluida de participar ni se le negarán los beneficios en base a su raza, color, religión, origen natural, sexo, edad, o incapacidad, ni será discriminada injustamente en cualquier actividad o programa que reciba o se beneficie de Asistencia Financiera Federal y sea administrado por el Departamento.

Para presentar una demanda, alegando violaciones de esta norma, debe comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Niños y Familias de Florida, 1317 Winewood Boulevard, Edificio 6, Habitación 124, Tallahassee, Florida 32399-0700 o llame al 1-850-487-1901 Suncom 277-1901, o TDD 1-850-922-9220

DECLARACIÓN DE NO-DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE USA

De acuerdo con la Ley Federal y las normas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), esta institución tiene prohibida la discriminación en base al color, religión, lugar de origen, sexo, edad, o discapacidad. Según la Ley de Cupones alimentarios y las normas del USDA, se prohíbe la discriminación en base a religión o creencias políticas.

Para presentar una queja de discriminación, debe contactarse a USDA o HHS. Escriba al director de USDA, Oficina de Derechos civiles, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (o TDD) Escriba al director Regional DHHS Oficina de Derechos Civiles, Región IV, Sam Nunn Atlanta Federal Center, 61 Forsyth Street, SW, Suite 3B70, Atlanta, GA 30303-8909 o llame al 1-800-368-1019 o TDD 1-800-537-7697.

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA

Debe presentar un Formulario de Solicitud de Asistencia (RFA) en cualquier oficina del Departamento de Niños y Familias u Oficina de Servicios de Independencia Económica, en persona o por Fax durante los horarios normales de oficina (8:00 AM a 5:00 PM, de lunes a viernes). El Fax será sellado con la fecha de recepción del mismo dentro de los horarios normales de oficina. Cuando se reciba un fax luego del horario de atención, será sellado con la fecha del siguiente día laborable luego de su recepción.