SOLICITUD Y DECLARACIÓN JURADA PARA ASISTENCIA PUBLICA

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Trabajador(a) de IM _____ **Fecha** _____ **Número del Caso** _____

Supervisor(a) de IM _____ **Fecha** _____ **Número(s) de los casos relacionados** _____

Estatus en TANF: ( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR **Fecha en que se registró** _____

SECCIÓN I

SOLICITANTE: Favor de usar un bolígrafo para llenar esta solicitud correcta y cuidadosamente. SI NO ESTÁ SEGURO(A) DE ALGUNA RESPUESTA, DEJE EL ESPACIO EN BLANCO. Si tiene alguna pregunta, diríjase al(a la) trabajador(a) de asistencia pública del condado.

NO ESCRIBA EN LAS SECCIONES SOMBREADAS

1. ¿Para cuál(es) programa(s) desea solicitar o resolicitar?

( ) ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) ( ) AFDC-MEDICAID SOLAMENTE ( ) ASISTENCIA GENERAL
( ) PROGRAMA DE NJ SNAP ( ) ASISTENCIA DE EMERGENCIA ( ) PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA EL CUIDADO DE PARIENTES
( ) PROGRAMA DE REASENTAMIENTO DE REFUGIADOS

Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que como condición de elegibilidad para WFNJ, se requerirá que yo (nosotros) busque(mos) empleo continua y activamente con el fin de volverme(nos) autosuficiente(s).
Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que como condición de elegibilidad para WFNJ, se requerirá que yo (nosotros) me registre (nos registremos) con el New Jersey One Stop Career Center para trabajar.

2. ¿Está dispuesto(a) a trabajar? **[ ] SÍ** **[ ] NO**

3. Nombre del(de la) solicitante: _____
(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL DEL MEDIO) (APELLIDO DE SOLTERA)

4. Dirección: **lugar donde usted vive actualmente:**

_____
(NÚMERO Y CALLE O RFD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Dirección donde usted recibe su correspondencia si es distinta a la dirección donde vive (proporcionada arriba).

_____
(APARTADO, CALLE O RFD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Su número telefónico: **RESIDENCIA** ( ) _____ **TRABAJO** ( ) _____ **CELULAR** ( ) _____

5. Residencia en New Jersey (NO SE APLICA PARA EFECTOS DE NJ SNAP)

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

¿Tiene usted planes de seguir viviendo en New Jersey? **[ ] SÍ** **[ ] NO**
Si indica **"NO",**EXPLIQUE:_____

6.Usted puede autorizar a una(s) persona(s) que no sea(n) parte de su hogar, a que solicite(n) beneficios de NJ SNAP o GA (Asistencia General) para usted, para obtener beneficios de cupones de alimentos o beneficios de GA, o a que use(n) beneficios de NJ SNAP para comprar alimentos para usted. Si usted es elegible para beneficios de NJ SNAP, la persona que usted designe recibirá una tarjeta EBT "FAMILIES FIRST" que él o ella puede utilizar para comprar alimentos para usted. Si usted desea designar a dicha persona, llene la información siguiente:

Nombre del (de la) representante Autorizado (a)	Fecha de Nacimiento	Dirección	NSS (Opcional)	Número telefónico

PREGUNTAS 7 y 8 A CONTINUACIÓN – SOLAMENTE PARA LOS QUE SOLICITAN BENEFICIOS DE NJ SNAP

7. Usted tiene derecho a someter una solicitud para beneficios de NJ SNAP inmediatamente si proporciona su nombre, dirección, su firma y la fecha en que firmó. Si se determina que usted es elegible, se pagarán sus beneficios desde esa fecha. (Si usted somete una solicitud y proporciona toda la información necesaria sobre sus circunstancias y se decide que es elegible, puede obtener beneficios de NJ SNAP en un plazo de 30 días desde la fecha en que la oficina de NJ SNAP recibe su solicitud).

8. Si tiene muy pocos ingresos y recursos, puede que sea elegible para beneficios acelerados (para que los reciba en un plazo de 7 días)**.**
SUS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES DETERMINARÁN SI USTED ES ELEGIBLE PARA ESTE SERVICIO:
(a) ¿Es el ingreso bruto mensual de su hogar menos de $150.00 y los recursos activos/líquidos totales de su hogar (como por ejemplo efectivo o cuentas corrientes/de ahorros) $100.00 o menos? **[ ] SÍ** **[ ] NO**
(b) ¿Es la renta o la hipoteca mensual más servicios públicos de su hogar mayor que el ingreso bruto mensual de su hogar más los recursos activos/líquidos totales? **[ ] SÍ** **[ ] NO**
(c) ¿Son ustedes un hogar de trabajadores agrícolas migratorios con muy poco ingreso o sin ingreso? **[ ] SÍ** **[ ] NO**

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

ELEGIBILIDAD CATEGÓRICA: Reciben todos los miembros del hogar asistencia pública (WFNJ) o SSI? [ ] SÍ [ ] NO

9. _____
(FIRMA DE LA PERSONA QUE INICIA LA SOLICITUD) (FECHA DE LA FIRMA)

SECCIÓN II

10. INFORMACIÓN BÁSICA: (Enumere cada persona en el hogar para la que se está haciendo la solicitud, incluyendo a usted mismo(a). Enumere primero a los adultos, comenzando con la mujer adulta, luego los niños, del mayor al menor.
Para efectos de NJ SNAP, las personas que viven, compran alimentos y comen con usted se deben contar como miembros del hogar.

NOTA: La ley de NJ SNAP (Food Stamp Act) de 1977, según enmienda, 7 U.S.C. 2011-2036, autoriza la presentación de los números del Seguro Social (NSS) para todos los miembros del hogar; La ley pública 104-193 requiere la presentación de los NSS para todas las personas que someten solicitudes para WFNJ. Se utilizará su NSS para determinar si es que su hogar es elegible o continúa siendo elegible para participar en el Programa de NJ SNAP y/o el programa WFNJ. Verificaremos esta información mediante programas de comparación computarizados. También se usará esta información para verificar el cumplimiento con las reglas del programa y para el manejo del programa. Se puede presentar esta información a otras agencias federales y estatales para un examen oficial, y a oficiales del cumplimento de la ley con el propósito de arrestar a personas que huyen para evitar la ley. Si surge una reclamación relacionada con los beneficios de NJ SNAP contra su hogar, la información contenida en esta solicitud, incluyendo todos los NSS, puede ser enviada a agencias federales y estatales, así como a agencias para el cobro de reclamaciones privadas, para que se actúe en relación con la reclamación. Si usted proporciona la información solicitada, incluyendo el NSS de cada miembro del hogar, lo hace voluntariamente para efectos de NJ SNAP. No obstante, si usted no proporciona esta información hará que se le nieguen los beneficios de NJ SNAP y/o beneficios de WFNJ para su hogar.

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE **PARA EFECTOS DE TANF/ MEDICAID SOLAMENTE** _____ Fecha en que se llenó el formulario WFNJ-1L	La pregunta siguiente se hace con fines de investigación de conformidad con la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964. (Su elegibilidad no se verá afectada si usted no la contesta.) **¡Para efectos de NJ SNAP solamente**! Si usted no contesta, su trabajador de elegibilidad lo llenará por usted. Usted debe llenar la sección de **RAZA** y **ORIGEN ÉTNICO**. **RAZA** I - Indio americana o nativa de Alaska A - Asiática B – Negra o afroamericana H – Nativa hawaiana u otra isleña del Pacífico W - Blanca 0 – Indio americana o nativa de Alaska y asiática 1 – Indio americana o nativa de Alaska y negra o afroamericana	2 Indio americana o nativa de Alaska y nativa hawaiana u otra isleña del Pacífico 3 Indio americana o nativa de Alaska y blanca 4 Asiática y negra o afroamericana 5 Asiática y nativa hawaiana u otra isleña del Pacífico 6 Asiática y blanca 7 Negra o afroamericana y nativa hawaiana u otra isleña del Pacífico 8 Negra o afroamericana y blanca 9 Blanca y nativa hawaiana u otra isleña del Pacífico **Origen étnico** 1 Hispano o latino 2 No hispano ni latino

Nombre	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento / Lugar de nacimiento	Relación con el (la) solicitante	Sexo (F) o (M)	Raza/ origen étnico	Inmigrante legal y estatus con el BCIS	Estado Civil	Grado y Escuela	
Solicitante **Apellido**									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Nombre Inicial **Para uso de la oficina Solamente**									
Otro(a) solicitante Apellido									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Nombre Inicial **Para uso de la oficina Solamente**									
Otro(a) solicitante Apellido									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Nombre Inicial **Para uso de la oficina Solamente**									

Nombre	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento	Relación con el (la) solicitante	Sexo (F) o (M)	Raza/ origen étnico	Inmigrante legal y estatus con el BCIS	Estado Civil	Grado y Escuela	
Otro(a) solicitante Apellido									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Nombre Inicial **Para uso de la oficina solamente**									
Otro(a) solicitante Apellido									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Nombre Inicial **Para uso de la oficina solamente**									
Otro(a) solicitante Apellido									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Nombre Inicial **Para uso de la oficina solamente**									
Otro(a) solicitante Apellido									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Nombre Inicial **Para uso de la oficina solamente**									

11. Enumere los nombres de inmigrantes/no ciudadanos que viven en su hogar

NOMBRE	FECHA DE ENTRADA/ PAÍS DE ORIGEN	NÚM. DE REGISTRO	NOMBRE DEL PATROCINADOR/ AGENCIA DE REASENTAMIENTO	PATROCINADOR/ DIRECCIÓN DE LA AGENCIA DE REASENTAMIENTO	FECHA EN QUE SOLICITÓ LA CIUDADANÍA	INGRESO DEL PATRO-CINADOR

12. Enumere otras personas en el hogar <u>no nombradas más arriba</u> (incluya a inquilinos/huéspedes)

NOMBRE	RELACIÓN CON EL (LA) SOLICITANTE

12a. Indique a una persona para contacto en caso de emergencia (casos de GA solamente) _____.
Núm. telefónico_____ Dirección_____.

13. Nombre de la mujer embarazada_____ Fecha esperada del nacimiento_____
Nombre del médico_____ Dirección del médico_____

14. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? _____.

15. ¿Recibe usted o algún miembro del hogar solicitante TANF en New Jersey o en cualquier otro estado, territorio, o Asistencia General (GA) en New Jersey desde abril de 1997?	**[ ] Sí [ ] No**

Persona que recibe asistencia	Tipo de asistencia	Cuándo	Proveedor de la asistencia

16. ¿Es usted o algún miembro de su hogar un criminal que huye o que está violando una condición de libertad condicional impuesta por una corte federal o estatal?	**[ ] Sí [ ] No**

Persona que huye o está en violación	Huyendo de

17. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar declarado culpable de recibir fraudulentamente beneficios, cuya necesidad fue comprobada, en dos o más lugares al mismo tiempo?	**[ ] Sí [ ] No**

Persona encontrada culpable de fraude	Dónde ocurrió el fraude	Cuándo	Qué beneficios

18. Desde el 22 de agosto de 1996, ¿usted o algún miembro de su hogar solicitante ha cometido o ha sido encontrado culpable de posesión, uso o distribución de una sustancia controlada, que consiste en una infracción tipificada como delito?	**[ ] Sí [ ] No**

Persona que cometió la infracción	Tipo de infracción	En dónde ocurrió la infracción

19. Si se le encontró culpable de una infracción tipificada como delito por posesión o uso de sustancias controladas, ¿se ha inscrito en o ha completado usted un programa residencial para el tratamiento del abuso de drogas autorizado o aprobado por el Department of Health and Senior Services (Departamento de Salud y Servicios para Personas de Edad)?	**[ ] Sí [ ] No**

Persona que recibe el tratamiento	Lugar del tratamiento	Fecha del tratamiento

19. a. Si no se ha inscrito ni ha completado un programa residencial para el tratamiento del abuso de drogas autorizado o aprobado por el Department of Health and Senior Services, ¿cuál es la razón?

_____
_____
_____.

20. ¿Ha renunciado alguien en el hogar a su trabajo voluntariamente?
En los últimos 90 días para WFNJ **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde **SÍ**, ¿quién? _____.
En los últimos 60 días para cupones de alimentos **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde **SÍ**, ¿quién? _____.
21. ¿ Está en huelga alguien en su hogar? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde **SÍ**, ¿quién? _____.
22. ¿Cuál fue la última fecha de empleo? _____.
22a. ¿Qué ha estado haciendo desde su último trabajo? _____

23. Para efectos de WFNJ solamente, enumere todos los trabajos de cada persona que solicitó asistencia en los últimos

3 años, comenzando con la más reciente.

Nombre	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Fecha de inicio	Fecha en que terminó

24. ¿Espera algún miembro del hogar solicitante cambios en sus circunstancias en el futuro cercano, como por ejemplo cambios en el ingreso, el tamaño del hogar; cambio de residencia; costos de vivienda; o la compra o venta de un automóvil? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde **"SÍ"**, Qué cambios? _____

_____

25. INGRESO GANADO: ¿Recibe usted o alguien que vive con usted dinero por trabajar, cuidado de niños, su propio negocio, trabajos pequeños, ventas, u otro ingreso? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde **"SÍ"**, proporcione la información siguiente para cada persona:

APELLIDO NOMBRE			
HORAS POR SEMANA			
FRECUENCIA DE PAGO			
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR O "AUTO" SI ES AUTOEMPLEADO			
¿CUÁL ES SU PAGA (ANTES DE LAS DEDUCCIONES), CANTIDADES BRUTAS Y FECHAS?	FECHA CANTIDAD	FECHA CANTIDAD	FECHA CANTIDAD

26. CUIDADO DE NIÑOS/ADULTOS: ¿Pagó alguien incluido en su hogar, que recibe asistencia social o beneficios de NJ SNAP, por cuidado de niños o de adultos, debido a su trabajo o porque asiste a la escuela, o estaba buscando trabajo?
[ ] SÍ [ ] NO Si responde "**SÍ"**, ¿a quién se cuidó? (enumere a continuación)

NOMBRE DEL NIÑO/ADULTO	CUIDADO BRINDADO POR (PERSONA)	DÍAS POR SEMANA	TARIFA POR HORA	DÍAS TOTALES	CANTIDAD ACTUAL PAGADA/ POR QUIÉN

VERIFICACIONES

27. PENSIÓN INFANTIL: ¿Está usted obligado(a) legalmente a pagar o proporcionar pensión infantil a un niño fuera de su hogar? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde "**SÍ"**, llene la información siguiente: (Incluya pagos por atrasos en la pensión infantil, siempre y cuando esté obligado(a) legalmente a pagarlos).

A QUIÉN	DIRECCIÓN	EDAD DEL NIÑO	CANTIDAD MENSUAL PAGADA/ PROPORCIO-NADA	NÚMERO DE LA ORDEN DE LA CORTE

28. SEGURO DE SALUD: ¿Quién está cubierto por seguro de salud? **SI RESPONDE NADIE, MARQUE ( ) AQUÍ.**

APELLIDO, NOMBRE	COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ LA PÓLIZA

29. ¿Tiene su cónyuge ausente cobertura de seguro médico o de salud para usted? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde **"SÍ",** ¿qué seguro?_____.

30. ¿Tiene algún padre ausente cobertura de seguro médico o de salud para alguno de los niños para los que usted está solicitando? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde **"SÍ",** ¿qué seguro y para quién? _____
_____.

31. ¿Han solicitado usted o los miembros de su hogar otros programas de Medicaid? Si responde **"SÍ",** ¿qué programa? _____**.** Fecha de la solicitud _____.

32. <u>OTROS INGRESOS:</u> ¿Recibe o solicitó usted o alguien que está incluido en su hogar que recibe asistencia pública o beneficios de NJ SNAP (incluyendo padrastro y madrastra) alguno de los siguientes: **SÍ** ___ **NO**___ **SI RESPONDE SÍ, MARQUE TODOS LOS QUE SE APLICAN.**

	Seguro por desempleo		Ingreso por alquiler de propiedad		Compensación al trabajador
	Beneficios de veteranos		Ingreso por inquilino(s) y/o huésped(es)		Sindicato/Beneficios de pensión
	Seguro Social/Jubilación del ferrocarril		Ingreso proporcionado por un pariente, amigo, logias o sindicatos		Pensión infantil
	Seguridad de ingreso suplementario (SSI)		Reembolso de impuestos o crédito por ingreso		Cheque de adjudicación de un miembro de las Fuerzas Armadas
	Pagos por incapacidad		Pagos por crianza de niños		Asistencia General
	Adopción subsidiada		Fondos de fideicomiso		Complemento para entrenamiento
	Intereses/dividendos de acciones, bonos, cuentas bancarias, etc.		Pagos únicos (de beneficios retroactivos, dinero por demandas, etc.)		Préstamos para estudiantes, subvenciones, becas o estipendios
	Beneficios por anualidades (incluyendo dividendos de seguro de vida)		Ingresos, ganancias o regalos en suma única		Apoyo de trabajo suplementario
	Sustento DYFS para permanencia del cuidado de un familiar		Programas de subsidios de DYFS para tutoría legal		Otros ingresos, como por ejemplo pensión por divorcio o separación (especifique):

Proporcione la información siguiente para las opciones que marcó arriba:

Apellido, nombre	Fuente de ingresos	Fechas en que lo recibió	Cantidad total

VERIFICACIONES

33. RECURSOS: ¿Tiene usted o alguien que vive con usted dinero en efectivo, cuentas corrientes o de ahorros, acciones, bonos, certificados de depósitos, IRA/Keogh, fondos de inversión mobiliaria, fondos de fideicomiso, bonos de ahorros de los EE.UU., cuentas de ahorros para Navidad/vacaciones o de otro tipo, miembro de una cooperativa de crédito, dinero o artículos de valor en una caja de seguridad, documentos o contratos de valor, propiedad de hipotecas u otros recursos?
[ ] SÍ [ ] NO

Persona dueña del recurso	¿Cuál es el recurso?	¿Dónde está el recurso?	¿Cuánto vale el recurso?

VERIFICACIONES

34. Enumere todos los vehículos que son propiedad de personas que viven en el hogar del(de la) solicitante. Incluya toda clase de transporte, como por ejemplo automóviles, furgonetas (vans), camiones con remolque, camionetas de reparto, tráiler, casas rodantes, motocicletas, botes, etc. **SI NO TIENE NINGUNO, MARQUE ( ) AQUÍ.**

Nombre del propietario	Modelo/estilo	Año/marca	Uso	Valor según el Kelley Bluebook

35. ¿Es usted o alguien que vive con usted propietario(a) de algún terreno o bienes raíces que no sean la casa en la que vive usted? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde **"SÍ",** explique:

_____

36. ¿Intercambió, regaló, transfirió o vendió alguien propiedad personal o de bienes raíces (incluyendo acciones): Para efectos de TANF y GA en los últimos 12 meses?	**[ ] SÍ [ ] NO**
Para efectos de cupones de alimentos en los últimos 3 meses?	**[ ] SÍ [ ] NO**

¿Qué se vendió, regaló, etc.?	¿Por quién?	¿A quién?	Fecha del regalo o venta	Valor total de mercado	Cantidad recibida

37. ¿Tiene usted o alguna persona incluida en su hogar solicitante reclamaciones pendientes como por ejemplo demandas, divorcio, liquidaciones, herencia, reclamaciones por accidente, venta de propiedad, otras reclamaciones, o debe alguien dinero a usted o a ellos? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde **"SÍ"**, explique: _____
_____.

FECHA EN QUE SE LLENÓ EL FORMULARIO WFNJ-10D _____.

38. Tiene algún miembro del hogar solicitante:

(a) ¿Propiedad parcial o completa de objetos personales de valor como por ejemplo joyas, colecciones de monedas/estampillas, pieles, etc.? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde **"SÍ",** explique _____.
_____.

(b) ¿Un solar en el cementerio o arreglos para entierro? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde "**SÍ",** VALOR _____

INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA: se debe llenar si el hogar está solicitando participación en el programa de NJ SNAP y/o GA.

39. ¿Ayuda alguien que no es parte del hogar pagando algunos de los gastos del hogar? **[ ] SÍ [ ] NO**
Si responde "**SÍ",** llene lo siguiente:

TIPO DE GASTOS DE VIVIENDA	PAGADO A QUIÉN	PAGADO POR	CANTIDAD PAGADA	FRECUENCIA CON QUE SE LE COBRA

40. COSTOS DE VIVIENDA (Enumere los gastos de vivienda para lo siguiente:)

GASTO DE VIVIENDA	CANTIDAD PAGADA	FRECUENCIA CON QUE SE LE COBRA	PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE COSTO MENSUAL	
Alquiler/hipoteca	**$**		**$**	**Si usa LUA/HCSUA**
Impuesto a la propiedad	**$**		**$**	
Seguro de la casa	**$**		**$**	
		SUBTOTAL PARA VIVIENDA	**$**	
Teléfono	**$**		**$**	
Electricidad	**$**		**$**	
Gas	**$**		**$**	
Petróleo	**$**		**$**	
Agua	**$**		**$**	
Alcantarillado	**$**		**$**	
Recolección de basura/desperdicios	**$**		**$**	
Costo de instalación de servicios públicos	**$**		**$**	
Otros (carbón, madera, queroseno)	**$**		**$**	**LUA/HCSUA**
		SUBTOTAL PARA SERVICIOS	**$** **ó**	

41A. ¿Paga usted por servicios públicos (además del alquiler) para calentar o enfriar su casa? **[ ] SÍ [ ] NO**

41B. Si su hogar es responsable por el pago de servicios además del teléfono, agua, alcantarillado y recolección de basura, su hogar podría ser elegible para recibir el subsidio **estándar o para servicios de calefacción** en lugar de reclamar su costos actuales por servicios.

$
ó

MENSUAL. TOTAL. VIVIENDA
FECHA EN QUE SE ELIGIÓ LA OPCIÓN

42. COSTOS MÉDICOS ADICIONALES

¿Tiene algún miembro de su hogar 60 años o más, y/o está certificado para Seguridad de Ingreso Suplementario Federal (SSI), pagos de Seguro Social por incapacidad o para veteranos? **[ ] SÍ [ ] NO** Si responde "**SÍ**", llene lo siguiente.
Si responde "**NO**", continúe en la página 12.

Además de sus gastos médicos regulares, enumere otros servicios médicos que haya necesitado.	**Cantidad pagada**	**Frecuencia con que se le cobra**	**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE** **Total mensual**	**VERIFICAR RECIBO DE SSI**
Servicios médicos y dentales	**$**		**$**	_____ **PORCIÓN FEDERAL**
Cuidado hospitalario o de enfermería	**$**		**$**	
Medicamentos recetados por un médico	**$**		**$**	
Dentaduras postizas, audífonos y anteojos	**$**		**$**	
Costos de transporte para obtener atención médica	**$**		**$**	
Servicios de un(a) ayudante o enfermero(a)	**$**		**$**	
Otros (Explique)	**$**		**$**	

			$	SSA y SSI que aparecen en la página 6
42A. Enumere los nombres de los miembros del hogar que tienen estos gastos:			**TOTAL**	

42B. ¿Están algunos de los gastos médicos que ha enumerado arriba pagados totalmente, parcialmente o reembolsados por otra fuente fuera de su hogar, como por ejemplo seguro médico, Medicare, PAA u otra persona?
[ ] SÍ [ ] NO si responde "**SÍ**", ¿Qué gasto(s) pagan? ¿Cuánto pagan?
_____ - _____
_____
_____.

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

INSCRIPCIÓN PARA EMPLEO PARA "WORK FIRST NEW JERSEY" Y/O NJ SNAP

NOMBRES (TODOS LOS MAYORES DE 16)	CÓDIGO DE EXONERA-CIÓN DE WFNJ	FECHA OBLIGATORIA DE WFNJ	FECHA VOLUNTARIA DE WFNJ	FECHA EN QUE SE REFIRIÓ	CÓDIGO DE EXONERA-CIÓN DE TRABAJO DE "FS"	FECHA DE INSCRIP-CIÓN

43. PARIENTES LEGALMENTE RESPONSABLES. (ESTO SE APLICA PARA EFECTOS DE MEDICAID SOLAMENTE). Provea el nombre de su cónyuge si NO **vive en la casa. Provea el(los) nombre(s) de todos los niños menores de 55 años para los que** NO **se está solicitando asistencia. Si usted es menor de 18 años, enumere a sus padres.**

NOMBRE	DIRECCIÓN	RELACIÓN	EDAD

44. ASISTENCIA PARA ENERGÍA EN EL HOGAR

Su respuesta a la pregunta siguiente se usará para determinar la elegibilidad para Asistencia para Energía en el Hogar (Home Energy Assistance) (HEA) y la cantidad de los beneficios de HEA. Utilizando la lista siguiente, indique qué artículo describe mejor sus arreglos de calefacción/vivienda.

( ) Mi calefacción es pagada por otros. **(A)** **CÓDIGO DE HEA:** _____
( ) Mi calefacción la provee una autoridad de vivienda pública, o recibí un subsidio para la renta, y mi calefacción está incluida en la renta. **(C)**
( ) Pago solo por una fuente secundaria de calefacción (como por ejemplo una estufa de madera, calentador de queroseno, calentador eléctrico, etc.). **(E**)
( ) Comparto los gastos de calefacción con otros. **(F)**
( ) Mi calefacción está incluida en la renta, que no es subsidiada. **(G)**
( ) Le pago a mi arrendador una cantidad a parte por calefacción. **(W)**
( ) Le pago a mi proveedor de combustible directamente por la fuente principal de calefacción de mi casa o departamento. Mi fuente de calefacción es

( ) petróleo **(J)** ( ) queroseno **(M)** ( ) madera **(R)**
( ) electricidad **(K)** ( ) gas natural **(N)**
( ) gas envasado **(L)** ( ) carbón **(P)** ( ) No deseo recibir beneficios de HEA. **(T)**

AVISO IMPORTANTE

LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTE FORMULARIO ESTARÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR OFICIALES FEDERALES, ESTATALES Y/O DEL CONDADO. SI SE ENCUENTRA QUE ALGUNA PARTE ES INCORRECTA, SE LE PODRIA NEGAR BENEFICIOS DE CUPONES DE ALIMENTOS Y/O ESTARIA SUJETO A ENJUICIAMIENTO CRIMINAL POR PROVEER INFORMACIÓN FALSA DELIBERADAMENTE.

Para poder cumplir con 45 CFR 206.10(a)(iii) y 7 CFR 273.2(b), le informamos que la información sobre ingresos y elegibilidad para el IRS, agencias estatales y locales de pensión infantil, archivos del Seguro Social sobre sueldos y beneficios, y los archivos estatales sobre sueldos y desempleo se obtendrán utilizando su(s) número(s) del Seguro Social y se usarán para determinar si continúa siendo elegible. Esto puede suponer que nos comuniquemos con su empleador, banco u otras partes.

LAS SANCIONES INDICADAS ABAJO SE APLICAN A LO SIGUIENTE:

CUALQUIER PERSONA QUE RECIBE BENEFICIOS DE NJ SNAP Y QUE INTENCIONALMENTE ROMPE ALGUNA DE LAS REGLAS PRESENTADAS EN LA SOLICITUD; O

CUALQUIER PERSONA QUE SOLICITA O RECIBE BENEFICIOS DE NJ SNAP A LOS QUE NO TIENE DERECHO POR HABER INTENCIONADAMENTE:

HECHO UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA.

OCULTADO O RETENIDO INFORMACIÓN.

- COMETIDO ALGUNA ACCIÓN QUE CONSTITUYA UNA VIOLACIÓN DE LA LEY DE NJ SNAP, DEL REGLAMENTO DEL PROGRAMA DE NJ SNAP O CUALQUIER LEY ESTATAL RELACIONADA CON EL USO, PRESENTACIÓN, TRANSFERENCIA, ADQUISICIÓN, RECIBO O POSESIÓN DE BENEFICIOS DE NJ SNAP O DISPOSITIVOS DE ACCESO (COMO TARJETAS EBT PARA "FAMILIES FIRST").

PENALIDADES

LAS VIOLACIONES PREVIAS PODRIAN RESULTAR EN QUE EL INDIVIDUO SEA EXCLUIDO DE PARTICIPAR O, SEGUIR PARTICIPANDO EN EL PROGRAMNA DE NJ SNAP COMO SIGUE:

PRIMERA VIOLACIÓN - *12 MESES

SEGUNDA VIOLACIÓN - *24 MESES

TERCERA VIOLACIÓN – DESCALIFICACIÓN PERMANENTE

*LA CORTE PODRÍA IMPONER 18 MESES ADICIONALES DE SUSPENSIÓN (CONSECUTIVOS A ESTE PERIODO) A CUALQUIER PERSONA QUE HAYA SIDO DECLARADA CULPABLE DE UN DELITO MAYOR O UNA VIOLACIÓN LEVE.

EL VIOLADOR PODRIA SER MULTADO HASTA $250,000, ENCARCELADO HASTA POR 20 AÑOS, O AMBOS, Y SUJETO A ENJUICIAMIENTO BAJO OTRAS LEYES FEDERALES APLICABLES.

ADEMÁS LOS MIEMBROS RESTANTES DEL HOGAR TENDRÍAN QUE DEVOLVER CUALQUIERA DE LOS BENEFICIOS DE NJ SNAP RECIBIDOS A LOS CUALES NO TENÍAN DERECHO.

P.L. 103-66 Y 104-193 HAN ESTABLECIDO PENALIDADES PARA INDIVIDUOS QUE HAN SIDO ENCONTRADOS CULPABLES, EN UNA CORTE FEDERAL, ESTATAL, O LOCAL DE:

1) INTERCAMBIAR BENEFICIOS DE NJ SNAP POR ARMAS, MUNICIONES, EXPLOSIVOS, SUSTANCIAS CONTROLADAS, O

2 USAR, TRANSFERIR, ADQUIRIR, O POSEER BENEFICIOS DE NJ SNAP, DISPOSITIVOS DE ACCESO (COMO POR EJEMPLO TARJETAS EBT DE "FAMILIES FIRST"), O PRESENTAR BENEFICIOS DE NJ SNAP PARA PAGO SABIENDO QUE FUERON OBTENIDOS O TRANSFERIDOS FRAUDULENTAMENTE, SI EL VALOR ES DE $500 O MÁS.

EFECTIVO EL 22 DE SEPTIEMBRE DEL 1996, LAS PERSONAS DETENIDAS POR LA CORTE DE LA JURISDICCIÓN APROPIADA QUE HAN COMETIDO ESTAS VIOLACIONES DEL PROGRAMA ESTARÁN SUJETAS A:

OTRAS PENALIDADES (cont.)

■DESCALIFICACIÓN PERMANENTE DEL PROGRAMA DE NJ SNAP

ADEMÁS, UN INDIVIDUO, QUIEN LA CORTE DE LA JURISDICCIÓN APROPIADA HAYA ENCONTRADO QUE HA HECHO DECLARACIONES FRAUDULENTAS INTENCIONALMENTE CON EL FIN DE OBTERNER BENEFICIOS DE NJ SNAP DE MÁS DE UNA JURISDICCIÓN CONCURRENTEMENTE SERÁ:

■ DESCALIFICADO POR 10 AÑOS DEL PROGRAMA DE NJ SNAP.

ADVERTENCIA SOBRE PENALIDADES

NO dé información falsa, ni oculte información, para solicitar, recibir o continuar recibiendo los beneficios de NJ SNAP.

NO dé ni venda los beneficios de NJ SNAP, o dispositivos de acceso (como por ejemplo tarjetas EBT de "Families First") a personas que no estén autorizadas a usarlos para su hogar.

NO use los beneficios de NJ SNAP para comprar artículos inelegibles como por ejemplo bebidas alcohólicas y tabaco.

NO use los beneficios de NJ SNAP que su hogar no tiene derecho a recibir.

NO engañe ni participe en ninguna acción deshonesta para obtener los beneficios de NJ SNAP que su hogar no tiene derecho a recibir.

NO transfiera recursos a nadie que no sea miembro de su hogar con el fin de solicitar y recibir los beneficios de NJ SNAP.

Yo entiendo las preguntas en esta solicitud. Mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que debo de ser entrevistado, y que debo cooperar con la oficina de NJ SNAP. Yo entiendo la advertencia sobre penalidades. Entiendo que podría tener que proveer documentos para probar lo que he dicho. Acepto hacerlo. Si los documentos no están disponibles, acepto proveer el nombre de la persona u organización con quien la Oficina de NJ SNAP podría ponerse en contacto para obtener la prueba necesaria. Entiendo que si no he reportado algún ingreso ganado, entonces debo notificar cualquier cambio en ingresos no ganados de más de $50.00, o el recibo de ingresos ganados en un plazo de 10 días desde la fecha de mi primer cheque. Entiendo que si no he tenido ningún ingreso ganado, debo reportar todos los cambios en la composición del hogar (incluyendo el estatus de estudiante), cambios en la residencia y los cambios que resultan en costos de vivienda, cambios en mi obligación legal para pagar o proveer pensión infantil, un cambio en la cantidad de pensión infantil que proveo si tengo menos de 3 meses de estar pagándolo y si el cambio es mayor que $50.00, la compra de un vehículo o aumento en las fuentes de ingreso en el hogar (cuentas de ahorro y corriente, dinero en efectivo, acciones o pagos únicos, efectivo derivado de la venta o intercambio de un vehículo) si ellos alcanzan o exceden el límite máximo de mi fuente de ingreso. Entiendo que si reporté ingresos ganados, o si estoy en el estatus de reportar cada seis meses, sólo se me requiere que reporte un cam-bio en mi ingreso mensual total que exceda 130 por ciento del límite federal de pobreza. Mi trabajador me informará sobre ese límite. También entiendo que podría solicitar una audiencia imparcial por la decisión hecha en mi solicitud para beneficios de NJ SNAP. Si necesito más información sobre los beneficios de NJ SNAP puedo comunicarme con la Oficina de NJ SNAP del condado.

Entiendo que yo, o mi representante, podría solicitar una audiencia imparcial, tanto oralmente como por escrito, si no estoy de acuerdo con cualquier acción tomada en mi caso. Mi caso podría ser presentado en la audiencia por cualquier persona que yo elija.

CIUDADANIA NORTEAMERICANA/ESTATUS DE INMIGRANTE LEGAL
(PARA EFECTOS DE LOS PROGRAMAS WFNJ, MEDICAID Y NJ SNAP)

Por cada persona que no sea un ciudadano norteamericano, usted necesita mostrar a la oficina de la agencia de Bienestar Social del condado, sea documentación de la Oficina del Servicio de Ciudadanía e Inmigración(BCIS) u otros documentos que la agencia del estado determine que sean prueba de su situación de inmigración. El estatus de inmigrante podría ser sujeto a verificación con el BCIS lo que podría requerir la presentación de cierta información de este formulario de solicitud al BCIS. Información recibida del BCIS podría afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios. Usted debe certificar que cada miembro del hogar es un ciudadano norteamericano o que está viviendo en los EE.UU. en condición de inmigrante legal.

ANTES DE FIRMAR, LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES. SI NO LAS ENTIENDE
O TIENE CUALQUIER PREGUNTA, POR FAVOR PREGUNTE.

*Yo (nosotros) estoy (estamos) de acuerdo conque las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas a mi (nuestro) leal saber y entender. Sé (sabemos) que mentir sobre mi (nuestra) situación, no dar la información necesaria o causar que otros retengan información es contra la ley y me(nos) puede exponer a procedimientos legales.

*Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que cualquier información que yo (nosotros) dé (demos) está sujeta a verificación por la Agencia de Bienestar Social del Condado y/o por la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud.

*Yo(nosotros) por el presente autorizo(amos) a la Agencia de Bienestar Social del Condado, División de Desarrollo Familiar y/o la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud a ponerse en contacto con cualquier individuo u otra fuente que pueda tener conocimiento de mis (nuestras) circunstancias, (incluyendo el IRS, agencias de pensión infantil estatales y locales, archivos del Seguro Social de Pagos y Beneficios, archivos estatales de sueldos y desempleo, servicios de reporte de crédito, así como empleadores, bancos u otras partes), con el solo propósito de verificar las declaraciones que yo (nosotros) he (hemos) hecho. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que toda información sobre ingreso y elegibilidad obtenida se usará para determinar si continúo(continuamos) siendo elegibles.

*Yo entiendo (nosotros entendemos) que de acuerdo con La ley Work First New Jersey, Ley Pública de 1997 c. 13, c. 14, c. 37 y c. 38, la solicitud de asistencia pública incluirá a todos los miembros futuros de la unidad de presupuesto cuya inclusión es obligatoria por razón de su nacimiento, adopción o porque comienza a vivir con la unidad de presupuesto después de la fecha original de la solicitud.

*Yo (nosotros) sé (sabemos) que cualquier información que yo dé (demos) será usada solamente con respecto a mi (nuestra) solicitud para asistencia pública (incluyendo "Medicaid"), beneficios de NJ SNAP y ayuda de energía para el hogar, los beneficios del Fondo del Servicio Universal y otros beneficios para los cuales yo podría ser elegible.

*Yo entiendo (nosotros) entendemos que si esta solicitud es aceptada para la categoría de WFNJ, que yo (nosotros) y todos los miembros de mi (nuestro) hogar quedo (quedamos) inscritos en el programa de "New Jersey One Stop Career Center" y se puede requerir que participe (participemos) en actividades para educación, entrenamiento, evaluación vocacional y colocación de empleo.

*Yo entiendo (nosotros entendemos) que toda la ayuda para la energía del hogar está sujeta a la disponibilidad de fondos federales.
*Yo entiendo (nosotros entendemos) que toda la ayuda para la energía del hogar recibida es para pagar los gastos de calefacción/aire acondicionado.

*Yo (nosotros) he (hemos) recibido y me (nos) han explicado, si es necesario, información con respecto a mis derechos y responsabilidades. (Consulte el Manual de WFNJ con respecto a mis derechos y responsabilidades).

*Yo (nosotros) estoy (estamos) de acuerdo con informar inmediatamente a la Agencia de Bienestar Social del Condado de cualquier cambio en las condiciones de vivienda, situación de familia o dinero recibido (excepto por ingresos ganados que están sujetos a requisitos de reporte de seis meses), de cualquier origen, cuando corresponde. (Vea el Manual de WFNJ).
.
*Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que yo (nosotros) o mi (nuestro) representante puede (podemos) pedir una audiencia imparcial verbalmente o por escrito si no estoy (estamos) satisfechos con cualquier acción tomada por la Agencia de Bienestar Social del Condado. Mi (nuestro) caso puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona que yo (nosotros) escoja(mos).

*Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que al firmar esta solicitud para WFNJ y Medicaid solamente, yo (nosotros) asigno (amos) a la Agencia de Bienestar Social del Condado el derecho de recibir sustento, incluyendo los pagos atrasados que se hayan acumulado de cualquier otra persona, para mí o para cualquier otro miembro de la familia por quién yo (nosotros) estoy (estamos) solicitando o recibiendo ayuda.

*Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que como condición de elegibilidad para asistencia médica, se considera que yo (nosotros) he (hemos) asignado al Comisionado todo derecho a recibir apoyo para atención médica, según se determine por una corte o por orden administrativa, así como todo derecho a pagos para atención médica hechos por terceras personas.

*Según la ley Federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture) (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services) (HHS), se prohíbe que esta institución discrimine en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad, o incapacidad. Bajo la Ley de NJ SNAP y las políticas de la USDA, también se prohíbe la discriminación en base a la religión o creencias políticas. Las reclamaciones por discriminación se pueden presentar escribiendo a:

HHS, Director
Office of Civil Rights
Federal Building
26 Federal Plaza
New York, New York 10007

O

USDA, Director
Office of Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
or call (800) 795-3272 or (202) 729-6382 (TDD)

O

Office of the Director
Division of Family Development
New Jersey Department of Human Services
P.O. Box 716
Trenton, New Jersey 08625

LLENE
ANTES DE
FIRMAR

YO (NOSOTROS) he(hemos) leído el Aviso Importante de la página 10 de este formulario que se refiere a las advertencias sobre penalidades relacionadas con los beneficios de NJ SNAP y el estatus de ciudadanía/inmigrante legal. ( ) SÍ( ) NO

*Yo (nosotros) testifico (testificamos) que he (hemos) leído y estoy (estamos) de acuerdo con estas declaraciones y me doy (nos damos) cuenta que la Agencia de Bienestar Social del Condado confía en la veracidad y la exactitud de mis (nuestras) declaraciones.

*Yo certifico (nosotros certificamos) bajo pena de perjurio, al firmar mi (nuestro) nombre(s) en el espacio abajo indicado, que yo (nosotros) y todos los miembros del hogar para los que estoy (estamos) solicitando los beneficios de NJ SNAP, son ciudadanos norteamericanos o inmigrantes bajo un estatus legal de inmigración.

*Yo (nosotros) certifico (certificamos) bajo pena de perjurio que todas mis (nuestras) respuestas con respecto a la solicitud para el programa de NJ SNAP y/o el programa WFNJ son correctas y completas, a mi(nuestro) leal saber y entender.

*Yo (nosotros) he (hemos) recibido una orientación sobre los requisitos de trabajo de WFNJ por el representante de la agencia, si corresponde.

_____
Firma del Solicitante Fecha

_____
Firma del Co-solicitante Fecha

JURADO Y FIRMADO ANTE MÍ

Este día_____ de_____ de 2_____

_____
(Representante de la Agencia)

AVISO IMPORTANTE

EXONERACIÓN DE DEDUCCIONES POR INGRESOS PARA NJ SNAP

SI USTED NO CUMPLE CON REPORTAR O VERIFICAR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES GASTOS QUE USTED O CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA ESTÁ PAGANDO, ENTONCES ASUMIREMOS QUE USTED NO DESEA RECIBIR UNA DEDUCCIÓN POR INGRESOS DE ESOS GASTOS NO REPORTADOS.

- UN GASTO POR EL CUIDADO DE UNA PERSONA DEPENDIENTE, SI USTED ESTÁ PAGANDO POR EL CUIDADO DE UN MENOR U OTRA PERSONA DEPENDIENTE PARA QUE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA PUEDA TRABAJAR, BUSCAR EMPLEO O ASISTIR A CLASES DE CAPACITACIÓN O EDUCACIÓN CON EL OBJETO DE PREPARARSE PARA UN EMPLEO;

- UN GASTO MÉDICO O DENTAL NO REEMBOLSADO, INCLUYENDO LOS MEDICAMENTOS RECETADOS, SEGURO MÉDICO O DE HOSPITALIZACIÓN, ANTEOJOS O CUIDADO POR PERSONAL DE ATENCIÓN MÉDICA;

- UN PAGO DE PENSIÓN INFANTIL QUE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA ESTÁ EFECTUANDO COMO UNA OBLIGACIÓN LEGAL, INCLUYENDO LOS PAGOS ATRASADOS, O

- UN GASTO DE VIVIENDA, TAL COMO RENTA, SERVICIOS PÚBLICOS (INCLUYENDO LOS CARGOS POR INSTALACIÓN), IMPUESTOS SOBRE LA PROPIEDAD, SEGURO DE CASA Y CARGOS POR REPARACIONES DE SU HOGAR DEBIDO A ALGÚN DESASTRE NATURAL.

INCLUSO SI USTED NO NOS INFORMA (O VERIFICA) QUE ESTÁ INCURRIENDO EN ALGUNO DE ESTOS GASTOS CUANDO SOLICITA LOS BENEFICIOS DE NJ SNAP, TODAVÍA PUEDE RECIBIR UNA DEDUCIÓN DE INGRESOS MÁS ADELANTE SI NOS INFORMA (O VERIFICA) QUE ESTÁ PAGANDO UNO DE ESTOS GASTOS. LA DEDUCCIÓN NO SERÁ RETROACTIVA PARA LOS MESES EN LOS QUE NO NOS INFORMÓ QUE ESTABA PAGANDO DICHOS GASTOS.

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA _____

FECHA DEL DÍA DE HOY _____