



Solicitud de asistencia

Departamento de Servicios Humanos de Maryland

Uso exclusivo de

Fecha:

Se usa este formulario para los primeros tres programas nombrados abajo. Su asistente social le dirá cómo solicitarlo.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program,



SNAP ayuda a los hogares con bajos ingresos a comprar alimentos que se necesita para una buena salud.

Asistencia médica



La asistencia médica (Medical Assistance, MA) es un programa integral de seguro de salud para familias y personas que proporciona acceso a servicios de salud a muchos de los residentes de bajos ingresos del estado. Las personas pueden elegir los servicios en función de sus ingresos y otros factores.

El Programa de salud infantil de Maryland (Maryland Children's Health Program, MCHP) ofrece beneficios de salud completos a niños de hasta 19 años y a las mujeres embarazadas de cualquier edad que cumplan los requisitos de ingresos. Su asistente social puede explicarle los requisitos sobre los ingresos.

Asistencia en Efectivo



La Asistencia temporal en efectivo (Temporary Cash Assistance, TCA) proporciona ayuda en efectivo a las familias necesitadas con hijos, cuyos ingresos y recursos de la familia no cubren sus necesidades. Las personas que solicitan y reciben TCA participan en actividades laborales.

Ayuda de emergencia para familias con hijos (Emergency Assistance to Families with Children, EAFC) proporciona ayuda en efectivo a familias que enfrentan una crisis, como ser el desalojo u otras emergencias.

El Programa de asistencia por discapacidad temporal (Temporary Disability Assistance Program, TDAP) proporciona ayuda en efectivo para los adultos discapacitados que no pueden trabajar.

Servicios de cuidado infantil



El programa de Adquisición para el cuidado de niños (Purchase of Child Care, POC) ayuda a las familias que cumplen los requisitos necesarios a pagar la guardería mediante vales. Se pueden usar los vales para adquirir los servicios de guardería en cualquier centro u hogar autorizado. Se pueden también usar los vales para pagar a familiares autorizados que presten servicios de guardería. Su asistente social le dirá cómo solicitar esta ayuda.

Asistencia de energía



La Oficina de programas de energía en el hogar (Office of Home Energy Programs, OHEP) ayuda a las familias a pagar las facturas de servicios básicos, minimizar la crisis de calefacción y hacer más asequibles los costos energéticos a través del programa Asistencia energética de Maryland y el Programa de servicio eléctrico universal. Su asistente social le dirá cómo solicitar esta ayuda.

Esta sección es de uso exclusivo de oficina

Categoría	Unidad de acceso nro.	Estado	Agente de seguridad WOMIS	Reasignación de caso necesaria	
				De:	Liquidador:
				Para:	Agente de seguridad:

Información general

Acerca de SNAP

Tiene derecho a solicitar de forma inmediata el SNAP, al completar con su nombre, dirección y al firmar el anverso de esta solicitud de asistencia.

Si cumple con los requisitos, le proporcionaremos las prestaciones a partir de la fecha que hayamos recibido el formulario firmado.

Puede obtener SNAP de forma inmediata si nos otorga una prueba de su identidad y se le aplica una de las siguientes condiciones:

- El alquiler mensual o la hipoteca y los servicios básicos de su hogar son superiores a sus ingresos y recursos.
- Los ingresos brutos mensuales de su hogar son inferiores a \$ 150 y sus recursos, como ser cuenta corriente o de ahorro, son de \$ 100 o menos.
- Su hogar es un hogar de migrantes o de trabajadores agrícolas temporarios.

Si reúne los requisitos para obtener el SNAP de forma inmediata, tramitaremos su solicitud dentro de un plazo de 7 días a partir d la fecha que firme este formulario.

No complete las siguientes preguntas. Esta sección es de uso exclusivo de oficina.

SNAP acelerado

Los solicitantes que cumplan con los requisitos acelerados a continuación, califican para recibir los de SNAP dentro de 7 días. Los miembros del hogar deben completar y firmar la Solicitud de asistencia y proporcionar prueba de identidad antes de que se aprueben los beneficios.

1. **¿Es el ingreso total del hogar de este mes, antes de las deducciones, inferior a \$ 150 y el efectivo o ahorro de los miembros del hogar de \$ 100 o inferior?** Sí No

- a. Alquiler mensual del hogar o monto de la hipoteca \$ _____
- b. Estándar de servicio adecuado \$ _____ Total\$ _____
- c. Ingreso mensual aproximado \$ _____
- d. Efectivo o ahorros del hogar para todos los miembros \$ _____ Total\$ _____

2. **¿Los costos totales de la vivienda exceden los ingresos y recursos mensuales?** Sí No

3. **¿Son los miembros del hogar trabajadores migratorios indigentes o trabajadores temporarios cuyo efectivo o ahorros superan los \$ 100 o menos?** Sí No

4. **Si la respuesta a cualquier pregunta de 1 a 3 es sí, entonces envíelo. ¿Calificación acelerada?** Sí No

Certifico que revisé a este solicitante para el SNAP acelerado, verifiqué la identidad del solicitante y determiné que su hogar era no era potencialmente calificado para la emisión.

Firma del agente de seguridad

Fecha

Paso 1: Cuéntenos sobre usted

Para solicitar asistencia, complete esta sección y firme con su nombre. Podemos ayudarlo más rápido si completa todo el formulario.

Nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo)

Dirección de correo electrónico

Domicilio (número y calle)

Ciudad

Estado

Código postal

Domicilio de correo (número y calle o apartado postal)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de casa laboral

Teléfono

Teléfono móvil

Su firma

Fecha de hoy

Representante autorizado:

Puede elegir una persona que lo represente. Si elige a alguien para que lo ayude, proporciónenos la siguiente información sobre la persona y verifique lo que usted quiere que esta persona haga.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Relación	Número de teléfono	
Número, calle	Ciudad	Estado	Código postal

Verifique lo que usted quiere que el representante haga:

- Completar la entrevista por usted
 Usar su Independence Card (efectivo)
 Recibir sus avisos
 Firmar su solicitud
 Usar sus beneficios de SNAP
 Recibir su tarjeta de Asistencia médica

Paso 2: Díganos cómo lo podemos ayudar

1. ¿Qué tipo de asistencia necesita ahora? (Marque todo lo que corresponda)

- SNAP
 Asistencia en Efectivo
 Asistencia médica
 Derivación a los servicios de cuidado infantil
 Derivación a asistencia de energía

2. ¿Tiene alguna factura médica sin pagar desde los último 3 meses?

- Sí No

3. ¿Tiene algunos de estos problemas?

- Corte de servicios
 Desalojo o ejecución hipotecaria
 Sin alimentos

 Sin calefacción
 Sin un lugar donde quedarse
 No puede pagar la guardería
 Otro _____

4. ¿Qué tipo de asistencia recibe usted o alguien que viva con usted ahora?

Tipo de asistencia	Persona que recibe la asistencia

5. ¿Usted o alguien que viva con usted ha recibido asistencia de otro estado distinto a Maryland? (Si la respuesta es sí, complete los siguientes espacios en blanco) Sí No

Estado recibido _____ Cuando se recibió _____ Tipo de asistencia Sí No

6. ¿Alguno de los solicitantes del Programa de salud infantil de Maryland tiene un seguro médico de empleado (seguro que se obtiene en el trabajo)? Sí No

7. ¿Alguno de los solicitantes del Programa de salud infantil de Maryland ha renunciado a un seguro de trabajo en los últimos 6 meses? Sí No

Paso 3: Cuéntenos de los miembros de su hogar

8. Cuéntenos acerca de las personas que viven con usted.
 Complete los espacios en blanco con todas las personas que viven con usted. Escriba primero su nombre. El número de seguridad social y la ciudadanía son opcionales para los miembros que no soliciten los beneficios.

Usted		Número de identificación del cliente	
Nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Yo	Raza	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación con usted	Número de seguridad social	Estado civil
Solicita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Miembro adicional del hogar		Número de identificación del cliente	
Nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Yo	Raza	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación con usted	Número de seguridad social	Estado civil
Solicita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Miembro adicional del hogar		Número de identificación del cliente	
Nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Yo	Raza	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación con usted	Número de seguridad social	Estado civil
Solicita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Miembro adicional del hogar	Número de identificación del cliente
<p>Nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____ <u>Yo</u> _____ <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p style="text-align: center;">Relación con usted</p> <p>Raza _____ <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Número de seguridad social _____ Estado civil _____</p> <p>Solicita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

Miembro adicional del hogar	Número de identificación del cliente
<p>Nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____ <u>Yo</u> _____ <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p style="text-align: center;">Relación con usted</p> <p>Raza _____ <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Número de seguridad social _____ Estado civil _____</p> <p>Solicita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

Miembro adicional del hogar	Número de identificación del cliente
<p>Nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____ <u>Yo</u> _____ <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p style="text-align: center;">Relación con usted</p> <p>Raza _____ <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Número de seguridad social _____ Estado civil _____</p> <p>Solicita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

Miembro adicional del hogar	Número de identificación del cliente
<p>Nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____ <u>Yo</u> _____ <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p style="text-align: center;">Relación con usted</p> <p>Raza _____ <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Número de seguridad social _____ Estado civil _____</p> <p>Solicita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

9. ¿Hay alguna embarazada en su hogar?

Nombre completo (apellido, nombre, inicial del segundo) _____ Fecha de vencimiento prevista _____

10. Nombre cualquier padre de un niño ausente en su hogar.

Un padre de un niño que no vive con usted es un padre ausente. También, indique si su cónyuge, él o ella, no vive con usted. Introduzca los que sabe sobre la persona.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial)	Fecha de nacimiento	Domicilio	Número de seguridad social	Número de identificación del cliente

Paso 4: Cuéntenos sobre su ingreso

11. En este apartado, cuéntenos sobre todo el dinero que los miembros de su hogar reciben cada mes, tanto devengado como el no devengado.

Necesitamos esta información para poder brindarle los beneficios correctos. Nombre todos los ingresos antes de las deducciones. Indique el tipo y la cantidad de los ingresos. (Entre los tipos de ingresos se incluyen los ingresos a tiempo completo o parcial, el trabajo por cuenta propia, el cuidado de niños, los trabajos esporádicos, los jornales, los pagos por alojamiento o pensión, los beneficios de la seguridad social, las pensiones, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, la Asistencia temporal en efectivo y cualquier otro ingreso devengado o no.)

Nombre de la persona con ingresos	Tipo de ingresos	Nombre y domicilio del empleador	Monto de los ingresos	Frecuencia de recepción
			\$	
			\$	
			\$	

12. Si no está con empleo ahora, ¿cuándo dejó de trabajar?

_____ Nombre y domicilio del empleador

_____ Fecha de finalización laboral

_____ Motivo del cese laboral

_____ Fecha del último pago recibido

Paso 5: Cuéntenos sobre sus bienes

13. Cuéntenos acerca de sus bienes, incluido el dinero que tiene y las cosas que posee.

Ejemplos de bienes son cuentas bancarias, certificados de depósito, inversiones, acciones, bonos, propiedades en las que no vive.

Tipo de cuenta bancaria o bienes	Cantidad en su cuenta o valor de los bienes	Nombre de la persona con cuenta o bienes
	\$	
	\$	
	\$	

Paso 6: Cuéntenos acerca de sus gastos

Solo responda estas preguntas en caso de solicitar los beneficios de SNAP.

14. En este apartado, cuéntenos acerca de sus gastos de residencia y otros gastos.

Gastos	Cantidad	Frecuencia	Nombre de la persona que paga
Alquiler o hipoteca	\$		
Impuesto y seguro	\$		
Cuotas de cooperativa o condominio o alquiler del terreno	\$		
Agua, cloaca, basura	\$		
Gas, electricidad	\$		
Teléfono	\$		
Gastos de cuidado de niños o adultos (niñera)	\$		
Gastos médicos para ancianos o discapacitados	\$		
Pensión de los hijos legalmente obligada	\$		

15. ¿Se incluye la calefacción en su alquiler? Sí No
 Si no se incluye la calefacción en el alquiler, ¿cómo mantiene caliente su hogar?

¿Cómo mantiene caliente su hogar? Sí No

16. ¿Paga por el aire acondicionado?

Nombre de la compañía de servicios o de la persona a quien paga Sí No

17. ¿Alguien le ayuda con los gastos de alojamiento?

Nombre completo de la persona que ayuda (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Sí No

18. ¿Comparte alguno de los gastos de alojamiento mencionados anteriormente?

Nombre completo de la persona que comparte los gastos de alojamiento (apellido, nombre, inicial) Su parte Sí No

19. ¿Vive en una vivienda pública, en una vivienda de la Sección 8 o en una vivienda de la Sección 515 de la Administración del hogar de agricultores (Farmers Home Administration, FMHA)? Sí No

20. ¿Recibió asistencia energética (ayuda estatal para pagar las facturas de calefacción o electricidad) en su domicilio actual en los últimos 12 meses?

SOLICITUD DE DECLARACIÓN DEL HOGAR - Complete si solicita Asistencia temporal en efectivo o el Programa de asistencia nutricional suplementaria

1. ¿Algún miembro de su familia ha sido condenado por los siguientes casos:

a. un delito de capo del narcotráfico a partir del 22 de agosto del 1996?

(Capo de la droga - Un organizador, supervisor, financiero o gerente que actúa como co-conspirador en una conspiración para fabricar, distribuir, dispensar, transportar o introducir en el Estado una sustancia peligrosa controlada).

YES NO Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

b. un delito grave de tráfico de drogas a partir del 22 de agosto de 1996?

(Narcotraficante de volumen - Persona física que fabrica, distribuye, dispensa o posee determinadas cantidades de una sustancia peligrosa controlada).

YES NO Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

2. algún miembro de su hogar ha sido condenado después del 7 de febrero de 2014 por abuso sexual con agravantes, asesinato, explotación sexual y otros abusos de menores, agresión sexual según la definición de la Ley de violencia contra las mujeres de 1994, o una ley estatal similar y tampoco cumple las condiciones de su condena?

YES NO Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

3. algún miembro de su hogar está violando actualmente la libertad condicional o está huyendo de la policía o de los tribunales?

YES NO Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

4. alguno de los miembros de su hogar ha sido condenado desde el 22 de agosto de 1996 en un tribunal federal o estatal por no decir la verdad sobre su lugar de residencia o su identidad para recibir beneficios del programa SNAP o asistencia en efectivo de más de un lugar en el mismo mes?

YES NO Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

5. ha condenado un tribunal a algún miembro de su hogar por comerciar o traficar con los beneficios del SNAP por valor de \$ 500 o más?

YES NO Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

6. algún miembro de su hogar recibe beneficios con otra identidad o como miembro de otro hogar o en otro estado?

YES NO Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

Declaración de no discriminación

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (U.S Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias o venganzas por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Los programas que reciben ayuda financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (Department of Health and Human Services, HHS), como la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) y los programas que el HHS gestiona directamente también tienen prohibida la discriminación en virtud de las leyes federales de derechos civiles y la normativa del HHS.

Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, en inglés) proporciona ayuda financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP, en inglés), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, en inglés) y otros. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el formulario de quejas por discriminación en el programa, (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentados al USDA por correo: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o al teléfono: (833) 620-1071; o al correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con el programa SNAP, las personas deben ponerse en contacto con la línea directa del programa SNAP del USDA al número (800) 221-5689, que también está en español, o llamar [a los números de información o a las líneas directas del estado](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); puede encontrarlos en línea en: [Línea directa de SNAP](#).

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) proporciona ayuda financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, como el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés), Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, en inglés) y otros. Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS proporciona asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, en inglés) en su nombre o en nombre de otra persona.

Para presentar una denuncia de discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe ayuda financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del Portal de denuncias de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo en la dirección: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; Fax: (202) 619-3818; o al correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja sobre derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar gratuitamente a la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla, pueden llamar al 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

