



W-1EINSTS
(Rev. 3/17)

Estado de Connecticut Departamento de Servicios Sociales

¡Solicite más rápido en línea!



Visite www.connect.ct.gov en vez de usar este formulario.

W- 1ES Solicitud de Beneficios

Use este formulario para solicitar alimentos, dinero o ayuda médica.



Lea las instrucciones en las páginas siguientes y complete el formulario como se indica.

ATENCIÓN!

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
Llame al 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

English (Inglés):

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call 1-855-626-6632 or TTY: 1-800-842-4524

Chinese (繁體中文):

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。
請致電 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524)。

Vietnamese (Tiếng Việt):

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
Gọi số 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Korean (한국어):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Russian (Русский):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
Звоните 1-855-626-6632 (телетайп: 1-800-842-4524).

Creole (Kreyòl Ayisyen):

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou.
Rele 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Hindi (हिंदी):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1-800-855-6632 (TTY: 1-800-842-4524) पर कॉल करें।

French (Français):

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.
Appelez le 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Polish (Polski):

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.
Zadzwoń pod numer 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Portuguese (Português):

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis.
Ligue para 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Italian (Italiano):

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti.
Chiamare il numero 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Albanian (Shqip):

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë.
Telefononi në 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Greek (ελληνικά):

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν.
Καλέστε 1-855-626-6632 (TTY: 1-800-842-4524).

Arabic (العربية):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-626-6632 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-842-4524)

No devuelva estas páginas de instrucciones con su solicitud.
Guárdelas en sus archivos o recíclenlas.



Solicite en Línea con Más Rapidez

Solicite en línea con más rapidez en connect.ct.gov. Recibiremos su solicitud más pronto y no necesita usar este formulario.

¿Qué puedo pedir usando este formulario de solicitud?

- Ayuda para comprar alimentos (también llamado SNAP, el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria)
- Ayuda de dinero en efectivo
- Algunos tipos de ayuda médica (cobertura de cuidados de salud/HUSKY/Medicaid) – lea los detalles en la sección siguiente.

¿Quiénes pueden usar este formulario de solicitud?

- Cualquier persona puede solicitar **alimentos** (SNAP) o ayuda de dinero en efectivo usando esta solicitud.
- Para ayuda **médica**, use esta solicitud **solo si** la persona que necesita la ayuda:
 - tiene 65 años o más, **o**
 - tiene Medicare, **o**
 - es ciega o discapacitada.
- Para solicite **cuido a largo plazo** (hogar de ancianos) o cuidado en su hogar en línea en connect.ct.gov, o visite en persona una oficina del DSS, o use el formulario W-1LTC. Llame al 855-626-6632 para solicitar un formulario W-1LTC, u obténgalo en alguna oficina del DSS.
- Para solicitar **todos los demás tipos de ayuda médica**, solicítelos en línea visitando AccessHealthCT.com o pídalos por teléfono llamando al 855-805-4325, o use el formulario de solicitud AH3. Llame al 855-805-4325 para pedir el formulario AH3, u obténgalo en alguna oficina del DSS.

¿Cómo completar este formulario?

Use los iconos (símbolos) como una guía. Complete las secciones que tengan el símbolo de cada programa. El signo de exclamación significa que todos los programas necesitan la información.

- Para solicitar ayuda alimenticia (SNAP) llene las secciones marcadas con 
- Para solicitar ayuda en efectivo llene todas las secciones marcadas con 
- Para solicitar ayuda médica llene todas las secciones marcadas con 
- **Llene todas las secciones marcadas con un signo de exclamación** 
- Usted puede solicitar SNAP escribiendo simplemente su nombre y dirección y firmando en la primera página. Esto iniciará su solicitud, pero necesitamos respuestas a todas las preguntas de SNAP para determinar si usted es elegible.
- Si necesita ayuda para llenar esta solicitud debido a alguna discapacidad o impedimento, o si necesita un traductor, llame al 1-855-626-6632.

¿Qué pasará después?

- Traiga su solicitud a cualquier oficina del DSS, o envíela por correo a:
DSS Scanning Center
PO Box 1320, Manchester, CT 06045-1320
- Revisaremos su solicitud y nos pondremos en contacto con usted si necesitamos más información. Si solicita SNAP, debe completar una entrevista. Intentaremos llamarle para una entrevista. También puede llamar al Centro de Beneficios para completar la entrevista después de enviar su solicitud. El número de teléfono del Centro de Beneficios es 855-626-6632.
- Los solicitantes de Asistencia Familiar Temporal (TFA) deben tener una entrevista en persona en la oficina como una condición para ser elegibles, a menos que el Departamento le permita no hacerla.
- Dependiendo de la ayuda que usted solicite, es posible que necesitemos que presente pruebas de lo que usted nos dice. Vea la página siguiente para obtener más información sobre las pruebas.

¿Cuándo sabré si soy elegible?

- Si solicita SNAP, es posible que le podamos brindar asistencia de emergencia dentro de los 7 días siguientes a la fecha de su solicitud. Para obtener ayuda de emergencia, debe probar su identidad y cumplir con lo siguiente:
 - el ingreso total de su hogar sea menos de \$150 al mes **y** el dinero en efectivo de su casa y de las cuentas bancarias totalicen menos de \$100; **o**
 - el total de los ingresos, dinero en efectivo, y cuentas bancarias de su hogar sean menos que su costo total de vivienda y servicios públicos de un mes; **o**
 - que haya un trabajador agrícola migrante o de estación en su hogar.
- Para los solicitantes de SNAP que no son elegibles para el procesamiento de emergencia de 7 días, le informaremos dentro de 30 días si usted es elegible. Si el solicitante del SNAP está en una institución y solicita SNAP y Seguro Suplementario de Ingresos (SSI) al mismo tiempo, la fecha de presentación es la fecha de la salida de la institución. Todas las solicitudes de SNAP se procesan de acuerdo con los procedimientos de SNAP, aun si solicita SNAP y otros programas. No se le negará SNAP únicamente porque se le nieguen los beneficios de otros programas. Si decidimos que usted es elegible para SNAP, sus beneficios generalmente comenzarán a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
- Si solicita ayuda médica, le informaremos nuestra decisión dentro de 45 días, excepto en circunstancias inusuales. Si su elegibilidad se basa en una discapacidad, tomaremos nuestra decisión dentro de 90 días a partir de la fecha en que haga la solicitud.
- Si solicita ayuda de dinero en efectivo, le informaremos si usted es elegible dentro de 45 días después de haber hecho su solicitud.

No devuelva estas páginas de instrucciones con su solicitud.
Guárdelas en sus archivos o recíclenlas.



¿Tiene sus documentos de prueba?

Es posible que tenga que proveernos copias de ciertas pruebas (a veces las llamamos verificaciones). Podría ser necesaria una prueba de identidad, dirección, números de seguro social, estatus de ciudadanía, ingresos, bienes, gastos y más, para cada persona que aparezca en el formulario de solicitud. Las pruebas que estamos buscando pueden incluir:

Miembros del Hogar

- Certificados de nacimiento
- Registros de bautismo
- Documentos de matrimonio
- Documentos de divorcio
- Tarjeta de residente con status de No Ciudadano (I-551)
- Formulario de Entrada/Salida (I-94)

Ingresos

- Talones de pago (prueba de las últimas 4 semanas de salario)
- Formulario 1040 del IRS, incluyendo todos los horarios
- Registros de contabilidad del empleo por cuenta propia
- Carta de Concesión (para beneficios de SSA o VA, etc.)

Seguro Médico y Gastos

- Tarjetas médicas
- Facturas médicas

Costos de Manutención de Niños

- Orden de la corte de pagar manutención de niños
- Cheques cancelados
- Declaraciones de retención de salarios
- Declaración del padre con la custodia de la cantidad que usted paga

Costos de Vivienda y Servicios Públicos

- Contrato de renta
- Último recibo de renta
- Factura de los servicios públicos
- Carta de su arrendador
- Factura de la hipoteca
- Facturas de impuestos de la propiedad
- Póliza de seguro del dueño de la casa

Activos

- Estados de cuenta bancarios
- Acuerdos de fondos fiduciarios
- Acciones/bonos/Bonos de ahorro de EE.UU.
- Pólizas de seguros de vida
- Carta de institución financiera
- Registración de vehículos
- Escrituras financieras
- Acuerdos legales

Estudiantes

- Carta firmada de verificación escolar (W-1446 - este es un formulario del DSS)
- Notas de sus clases o una declaración de un funcionario escolar (de menos de 30 días de expedida)

Envíe copias de estas pruebas junto con su solicitud. Proveyendonos las pruebas puede ayudarle a recibir sus beneficios más pronto. También puede llevarlas personalmente a una oficina del DSS.

Las personas sordas o con problemas de audición que tengan un dispositivo TDD/TTY pueden comunicarse con el DSS llamando al 1-800-842-4524. Las personas ciegas o con impedimentos visuales pueden comunicarse con el DSS al 1-860-424-5040.

Para obtener ayuda con violencia doméstica, o para hablar con alguien, por favor llame a la línea telefónica de la Coalición de Connecticut contra la Violencia Doméstica al 1-888-774-2900.

**No devuelva estas páginas de instrucciones con su solicitud.
Guárdelas en sus archivos o recíclenlas.**



Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

**No devuelva estas páginas de instrucciones con su solicitud.
Guárdelas en sus archivos o recíclenlas.**





W-1ES
(Rev. 12/19)

Estado de Connecticut Departamento de Servicios Sociales W-1ES Solicitud de Beneficios

¡Solicite más rápido en línea!



Visite www.connect.ct.gov en vez de usar este formulario.

! ¿Para quién está solicitando? Marque una casilla.		¿Qué tipo de ayuda está solicitando? Marque todo lo que corresponda.	
Complete todas las secciones con este signo de exclamación (cuadro).		Complete todas las secciones con los símbolos (cuadro) de cada programa que usted seleccione.	
☐ Para mí solamente ☐ Para mí y mi conyuge ☐ Para mí y mi familia ☐ Sólo para niños menores de 19 años bajo mi cuidado		☐ Alimentos (SNAP - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) ☐ Dinero en efectivo ☐ Médico (HUSKY/Medicaid/Seguro de salud) ☐ Ayuda médica especial para pagar facturas médicas no pagadas en los últimos 3 meses	
¿Hay alguna mujer embarazada en el hogar?		☐ Sí ☐ No	
¿Algún solicitante vive en un centro de cuidado residencial con licencia (casa de huéspedes)?		☐ Sí ☐ No	
! Responda las siguientes preguntas si está solicitando SNAP:			
Complete las secciones con el símbolo de la manzana, si está solicitando ayuda de alimentos			
¿Es el ingreso total de su hogar menos de \$150 al mes (antes de los impuestos)?		☐ Sí ☐ No	
¿El dinero en efectivo y las cuentas bancarias de su hogar suman menos de \$100?		☐ Sí ☐ No	
¿Es el total de ingresos mensuales, dinero en efectivo, y cuentas bancarias de su hogar menos que el total de sus costos de vivienda y servicios públicos en el mes?		☐ Sí ☐ No	
¿Alguien en su hogar es un migrante o un trabajador agrícola de estación?		☐ Sí ☐ No	
! ¿Necesita un acomodo razonable o ayuda adicional para obtener beneficios debido a una discapacidad o impedimento?			
☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, describa su condición y la ayuda que necesita.			
! Persona 1 Háblenos acerca de las personas de su hogar, comenzando por usted.			
Mi nombre (Nombre, inicial, apellido, sufijo)		Nombre legal u otro (si es diferente)	
ID de Cliente (si lo sabe)		Número de Seguro Social	
Sexo	Idioma que prefiere hablar	¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No	
Fecha de nacimiento	Mejor número de teléfono	Tipo de Teléfono ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	
☐ No hay dirección de casa	Dirección de la casa	Ciudad	Estado
Dirección de correo (si es diferente)	Dirección del correo postal	Ciudad	Código Postal
Al firmar esto, estoy de acuerdo de que: • He leído este formulario, incluyendo la sección sobre derechos y responsabilidades que se enumeran al final de esta solicitud, o me la han leído en un idioma que yo entiendo, y que tengo que cumplir con estas reglas; • La información que estoy dando es verdadera y completa hasta donde llega mi conocimiento, incluyendo toda la información sobre ciudadanía, extranjería y estado delincente; • Podría ir a la cárcel o verme obligado a pagar multas si sabiendo doy información incorrecta o incompleta; y • El DSS y otros funcionarios federales, estatales y locales pueden verificar (revisar) cualquier información que yo haya dado.			
Si estoy firmando en nombre del solicitante, yo soy el: ☐ Conservador, ☐ Tutor, ☐ Apoderado Notarial o representante autorizado ya asignado y adjunto la documentación de respaldo. Si desea designar a un representante autorizado, vea la página 2.			
Escriba su nombre o el nombre completo de su representante		Firma	Fecha
Escriba el nombre completo de cualquier otro solicitante adulto		Firma	Fecha





Persona 1 Continuación

Estado Civil	☐ Nunca casado ☐ Casado, viviendo con cónyuge ☐ Casado, viviendo aparte ☐ Legalmente separado ☐ Divorciado ☐ Viudo(a)					
Proveyendo los datos de raza y etnia es opcional, no afecta la elegibilidad ni la cantidad de beneficios, y se usa para asegurar que todos tengan igual acceso a los beneficios.						
Etnicidad (opcional)	☐ No soy de origen hispano ☐ Mejicano/a ☐ Mejicano-Americano ☐ Chicano/a ☐ Cubano/a ☐ Puertorriqueño/a ☐ Otro Hispano, Latino o Español					
Raza (opcional)	☐ Blanco ☐ Negro o Africano-Norteamericano ☐ Hispano o Latino ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Indo-Asiático ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Filipino ☐ Isleño del Pacífico ☐ De Guam o Chamorro ☐ Otro Asiático ☐ Nativo de Alaska o Indio Americano ☐ Samoano ☐ Nativo de Hawái					
¿Es esta persona un estudiante?	☐ No es un estudiante ☐ Tiempo completo ☐ Menos de tiempo completo		Último grado o nivel educacional completado	Complete si es estudiante	Nombre de la escuela	¿Tiene estudio trabajo? ☐ Sí ☐ No
Estado de Ciudadanía	☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Residente Permanent ☐ Otro No Ciudadano		Ciudad/Estado/País de Nacimiento			
	Si usted no es ciudadano de EE.UU., complete lo siguiente.		¿Cuándo entró usted a los Estados Unidos?	I-94 o Inscripción de Extranjería #	Estado de Inmigración	
¿Piensa permanecer en CT? ☐ Sí ☐ No	¿Tiene alguna discapacidad o impedimento? ☐ Sí ☐ No		Si la tiene, explique.			
Fecha en que se mudó a CT						



Representante Autorizado. Usted puede designar a otras personas para que la ayuden con su solicitud, y para que le ayuden a obtener, usar o mantener sus beneficios. Si desea nombrar a alguna persona como ayudante, complete esta sección. Si un conservador, tutor, o apoderado notarial ya lo está ayudando, no necesita nombrar a un AREP.

☐ Representante general autorizado/persona responsable que me ayuda a llenar las solicitudes para todos los programas del DSS (SNAP, médico, dinero en efectivo), y me ayuda con todos los aspectos del proceso de solicitud y elegibilidad, que incluye informar cambios y recibir notificaciones a mi nombre. Esta persona conoce mis circunstancias lo suficientemente bien como para responder a las preguntas y actuará en mi mejor interés.		
Esto es un:	☐ Asistente ☐ Persona Responsable ☐ Instalación u Organización ☐ Otro _____	
Nombre	Número de teléfono	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)
☐ Comprador SNAP (Una persona que le hace las compras - solo si usted está solicitando asistencia alimenticia de SNAP)		
Nombre	Número de teléfono	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)
☐ Representante del Medicaid. Sólo para ayudarme a llenar mi solicitud de asistencia médica, pagar mi factura del hospital, y/o pedir una audiencia si me niegan la asistencia médica.		
Nombre	Número de teléfono	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)
ACUERDO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO: Como Representante Autorizado, yo acepto: (1) completar y enviar la solicitud y los formularios de renovación; (2) recibir copias de avisos y otras comunicaciones del DSS; y (3) actuar a nombre del solicitante en todos los asuntos relacionados con el DSS. Estoy de acuerdo en cumplir con todas estas responsabilidades en la misma medida que la persona a la cual represento, y que puedo ser considerado responsable por la información incorrecta que yo le proveeré al DSS mientras esté actuando como representante autorizado. También acepto mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información que reciba del DSS relacionada con la persona. Acepto actuar como representante autorizado hasta que el solicitante le diga al DSS, por escrito o verbalmente, que él o ella ya no quiere que yo lo haga, o hasta que yo le diga al DSS, por escrito o verbalmente, que ya no deseo actuar como representante autorizado. Para un proveedor, miembro del personal o voluntario de una organización (para Medicaid): Yo afirmo que seguiré los reglamentos de la parte 431, subparte F del Título 42 del Código Federal de Regulaciones (CFR) y 45 CFR 155.260(f) (relativo a la confidencialidad de la información) y 42 CFR 447.10 (relativo a la prohibición de reasignación de reclamaciones de proveedores), y también otras leyes estatales y federales concernientes a conflictos de intereses y confidencialidad de la información.		
Haga que todo representante autorizado escriba su nombre, firme y ponga la fecha debajo.		
Escriba el nombre completo	Firma	Fecha



**Persona 2**

Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo)		Número de Seguro Social		Sexo	Fecha de nacimiento
Estado Civil	☐ Nunca casado ☐ Casado, viviendo con cónyuge ☐ Casado, viviendo aparte ☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Viudo(a)	¿Qué relación tiene con usted?			
Proveyendo los datos de raza y etnia es opcional, no afecta la elegibilidad ni la cantidad de beneficios, y se usa para asegurar que todos tengan igual acceso a los beneficios.					
Etnicidad (Opcional)	☐ No de origen Hispano ☐ Mejicano ☐ Mejicano-Americano ☐ Chicano/a ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro Hispano, Español				
Raza (Opcional)	☐ Blanco ☐ Negro o Africano Norteamericano ☐ Hispano o Latino ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Indo-Asiático ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Filipino ☐ Isleño del Pacífico ☐ Guamanio o Chamorro ☐ Otro Asiático ☐ Nativo de Alaska o Indio Americano ☐ Samoano ☐ Nativo de Hawái				
¿Es esta persona un estudiante?	☐ Menos de tiempo completo ☐ Tiempo completo ☐ No es un estudiante	Último grado o nivel completado	Complete si es estudiante	Nombre de la escuela	¿Tiene esta persona trabajo estudio? ☐ Sí ☐ No
Estado de Ciudadanía	☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Residente Permanente ☐ Otro No ciudadano		Ciudad/estado/país de nacimiento		
	Si esta persona no es ciudadana-no de EE.UU, complete lo sgte.		¿Cuándo entró esta persona a los Estados Unidos?	I-94 o Inscripción de Extranjería #	Estado de Inmigración
¿Vive esta persona con usted? ☐ Sí ☐ No Si no, explique.)					
¿Usted compra, prepara las comidas y come junto con esta persona? ☐ Sí ☐ No			¿Planea esta persona quedarse en CT? ☐ Sí ☐ No		Fecha en que se mudó a CT
¿Tiene alguna discapacidad impedimento? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, explique.)					

**Person 3**

Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo)		Número de Seguro Social		Sexo	Fecha de nacimiento
Estado Civil	☐ Nunca casado ☐ Casado, viviendo con cónyuge ☐ Casado, viviendo aparte ☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Viudo(a)	¿Qué relación tiene con usted?			
Proveyendo los datos de raza y etnia es opcional, no afecta la elegibilidad ni la cantidad de beneficios, y se usa para asegurar que todos tengan igual acceso a los beneficios.					
Etnicidad (Opcional)	☐ No de origen Hispano ☐ Mejicano ☐ Mejicano-Americano ☐ Chicano/a ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro Hispano, Español				
Raza (Opcional)	☐ Blanco ☐ Negro o Africano Norteamericano ☐ Hispano o Latino ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Indo-Asiático ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Filipino ☐ Isleño del Pacífico ☐ Guamanio o Chamorro ☐ Otro Asiático ☐ Nativo de Alaska o Indio Americano ☐ Samoano ☐ Nativo de Hawái				
¿Es esta persona un estudiante?	☐ Menos de tiempo completo ☐ Tiempo completo ☐ No es un estudiante	Último grado o nivel completado	Complete si es estudiante	Nombre de la escuela	¿Tiene esta persona trabajo estudio? ☐ Sí ☐ No
Estado de Ciudadanía	☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Residente Permanente ☐ Otro No ciudadano		Ciudad/estado/país de nacimiento		
	Si esta persona no es ciudadana-no de EE.UU, complete lo sgte.		¿Cuándo entró esta persona a los Estados Unidos?	I-94 o Inscripción de Extranjería #	Estado de Inmigración
¿Vive esta persona con usted? ☐ Sí ☐ No Si no, explique.)					
¿Usted compra, prepara las comidas y come junto con esta persona? ☐ Sí ☐ No			¿Planea esta persona quedarse en CT? ☐ Sí ☐ No		Fecha en que se mudó a CT
¿Tiene alguna discapacidad impedimento? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, explique.)					



! Person 4				
Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo)		Número de Seguro Social		Sexo
Fecha de nacimiento				
Estado Civil	☐ Nunca casado ☐ Casado, viviendo con cónyuge ☐ Casado, viviendo aparte ☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Viudo(a)	¿Qué relación tiene con usted?		
Proveyendo los datos de raza y etnia es opcional, no afecta la elegibilidad ni la cantidad de beneficios, y se usa para asegurar que todos tengan igual acceso a los beneficios.				
Etnicidad (Opcional)	☐ No de origen Hispano ☐ Mejicano ☐ Mejicano-Americano ☐ Chicano/a ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro Hispano, Español			
Raza (Opcional)	☐ Blanco ☐ Negro o Africano Norteamericano ☐ Hispano o Latino ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Indo-Asiático ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Filipino ☐ Isleño del Pacífico ☐ Guamaniano o Chamorro ☐ Otro Asiático ☐ Nativo de Alaska o Indio Americano ☐ Samoano ☐ Nativo de Hawái			
¿Es esta persona un estudiante?	☐ Menos de tiempo completo ☐ Tiempo completo ☐ No es un estudiante	Último grado o nivel completado	Complete si es estudiante	Nombre de la escuela
¿Tiene esta persona trabajo estudio?		☐ Sí ☐ No		
Estado de Ciudadanía	☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Residente Permanente ☐ Otro No ciudadano	Ciudad/estado/país de nacimiento		
Si esta persona no es ciudadana-no de EE.UU, complete lo sgte.		¿Cuándo entró esta persona a los Estados Unidos?	I-94 o Inscripción de Extranjería #	Estado de Inmigración
¿Vive esta persona con usted? ☐ Sí ☐ No Si no, explique.				
¿Usted compra, prepara las comidas y come junto con esta persona?		☐ Sí ☐ No	¿Planea esta persona quedarse en CT?	☐ Sí ☐ No
Fecha en que se mudó a CT				
¿Tiene alguna discapacidad impedimento? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, explique.				

! Person 5				
Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo)		Número de Seguro Social		Sexo
Fecha de nacimiento				
Estado Civil	☐ Nunca casado ☐ Casado, viviendo con cónyuge ☐ Casado, viviendo aparte ☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Viudo(a)	¿Qué relación tiene con usted?		
Proveyendo los datos de raza y etnia es opcional, no afecta la elegibilidad ni la cantidad de beneficios, y se usa para asegurar que todos tengan igual acceso a los beneficios.				
Etnicidad (Opcional)	☐ No de origen Hispano ☐ Mejicano ☐ Mejicano-Americano ☐ Chicano/a ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro Hispano, Español			
Raza (Opcional)	☐ Blanco ☐ Negro o Africano Norteamericano ☐ Hispano o Latino ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Indo-Asiático ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Filipino ☐ Isleño del Pacífico ☐ Guamaniano o Chamorro ☐ Otro Asiático ☐ Nativo de Alaska o Indio Americano ☐ Samoano ☐ Nativo de Hawái			
¿Es esta persona un estudiante?	☐ Menos de tiempo completo ☐ Tiempo completo ☐ No es un estudiante	Último grado o nivel completado	Complete si es estudiante	Nombre de la escuela
¿Tiene esta persona trabajo estudio?		☐ Sí ☐ No		
Estado de Ciudadanía	☐ Ciudadano de EE.UU. ☐ Residente Permanente ☐ Otro No ciudadano	Ciudad/estado/país de nacimiento		
Si esta persona no es ciudadana-no de EE.UU, complete lo sgte.		¿Cuándo entró esta persona a los Estados Unidos?	I-94 o Inscripción de Extranjería #	Estado de Inmigración
¿Vive esta persona con usted? ☐ Sí ☐ No Si no, explique.				
¿Usted compra, prepara las comidas y come junto con esta persona?		☐ Sí ☐ No	¿Planea esta persona quedarse en CT?	☐ Sí ☐ No
Fecha en que se mudó a CT				
¿Tiene alguna discapacidad impedimento? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, explique.				

Si necesita agregar en su solicitud a más personas que viven en su hogar, adjunte una hoja de papel separada con su información a este formulario.





Otras preguntas acerca de las personas en su hogar.

- ¿Hay alguien en su hogar que tiene alguna condición que le impida trabajar? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Hay alguien en su hogar que no puede trabajar porque está cuidando a una persona discapacitada? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Hay algún acuerdo de custodia compartida para algún niño mencionado en el hogar? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿cuál niño?
- ¿Hay alguna orden de la corte para supervisar a algún niño mencionado en el hogar? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿a quién?



Comidas. Responda a estas preguntas si está solicitando ayuda alimenticia (SNAP).

- ¿Hay alguien en su hogar que recibe más de la mitad de sus comidas de alguna organización? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Hay alguien en su hogar que recibe por lo menos una comida como parte de su alquiler? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?



Servicio Militar. Háblenos acerca de alguna persona en su hogar que tenga relación con el ejército de Estados Unidos, o que sea viudo/a, cónyuge, o hijo de algún militar.

- ¿Hay alguien en su hogar que esté, o haya estado, en el ejército de Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ➡ Por favor explique su estado militar (activo, retirado, dado de baja honorablemente).
- ¿Hay alguien en su casa que sea viudo/a, cónyuge, o niño (menor de 18 años) de alguien que esté, o haya estado, en el ejército de Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ➡ Por favor explique su relación con el miembro del ejército de Estados Unidos.



Historia Criminal. Háblenos de la historia criminal de las personas en su hogar.



Complete esta sección si está solicitando ayuda alimenticia o dinero en efectivo.

- ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por algún delito de drogas después del 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Es usted, o algún miembro de su familia, un delincuente que está huyendo? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Está usted, o algún miembro de su familia, en violación de un período de prueba o libertad condicional? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Ha sido usted, o alguien de su hogar, condenado por intercambiar beneficios SNAP para drogas, después del 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por comprar o vender beneficios SNAP por más de \$500 en cualquier estado, después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por recibir en forma fraudulenta beneficios duplicados de SNAP en algún estado, después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, munición o explosivos, después del 22 de septiembre de 1996? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por abuso, sexual con agravante, explotación sexual u otros abusos a niños, agresión sexual, o algún delito muy parecido después del 7 de febrero de 2014? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?
- ¿Ha sido usted, o alguien en su hogar, condenado por asesinato después del 7 de febrero de 2014? ☐ Sí ☐ No Si dijo que Sí, ¿quién?





Familiares Legalmente Responsables. Háblenos acerca de los familiares legalmente responsables, incluyendo cónyuges que no viven con usted, o los padres de sus hijos que no viven con usted. Proveanos toda la información como usted sepa.

Nombre del Pariente	Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Relación a los miembros del hogar	



Información de un No Ciudadano. Responda a estas preguntas si alguien en su hogar no es un ciudadano de los EEUU.

¿Tiene algún no ciudadano en el hogar un patrocinador? ☐ Sí ☐ No	Nombres de los no ciudadanos	Nombres de los patrocinadores
	Relación del patrocinador a usted	¿Compra, prepara la comida, y come junto con los patrocinadores? ☐ Sí ☐ No
	¿Vive usted con el patrocinador? ☐ Sí ☐ No	Si dijo que No, explique.

Si usted es un refugiado, por favor provea el nombre de su agencia de refugiados



Beneficios Anteriores. Háblenos acerca de cualquier persona en su hogar que haya recibido dinero en efectivo, ayuda médica o alimenticia de CT u otros estados en los últimos 90 días.

☐ Ayuda de dinero en efectivo	Cantidad \$	Estado	☐ Ayuda médica	Estado	☐ Ayuda de alimentos	Estado
¿Ha recibido alguien en su hogar asistencia de dinero en efectivo para las familias desde 1996?		☐ Sí ☐ No	Si dijo que Sí, ¿quién?			¿En qué estado?



Embarazos. Háblenos acerca de alguna embarazada que haya en su hogar.

¿Está usted o alguien en su hogar embarazada? ☐ Sí ☐ No	Si dijo que Sí, ¿quién?	¿Cuántos bebés están esperando?	Fecha de parto
--	-------------------------	---------------------------------	----------------



Seguro Médico. Háblenos acerca de alguien de su hogar que tenga Medicare u otro seguro médico.

Persona en Medicare	Reclamación #	Tipo (A, B, D)	Fecha de inicio
Persona en Medicare	Reclamación #	Tipo (A, B, D)	Fecha de inicio

Si usted o alguien de su hogar tiene otro seguro médico, complete la tabla debajo.

Tenedor de la Póliza	# de Póliza	Compañía de seguro	Tipo de cobertura	Fecha inicial de la póliza	Fecha final de la póliza



Necesidades Especiales. Responda lo siguiente si usted o su cónyuge están solicitando ayuda en efectivo, y son ciegos, discapacitados, o mayores de 65 años.

Complete esta sección solamente si usted está solicitando dinero en efectivo.

¿Tiene usted o su cónyuge alguna dieta especial?	☐ Sí ☐ No	Si dijo que sí, ¿quién?
¿Necesitan ropas usted o su cónyuge?	☐ Sí ☐ No	Si dijo que sí, ¿quién?
¿Usted o su cónyuge comen por lo menos una comida en un restaurante cada día?	☐ Sí ☐ No	Si dijo que sí, ¿quién?





Dinero en efectivo, cuentas bancarias y otros bienes. Háblenos acerca del dinero en efectivo de su hogar, las cuentas de ahorros, las cuentas de cheques y otros bienes. Los otros bienes pueden incluir: acciones, fondos fiduciarios, anualidades, certificados de depósito, cuentas de inversión, cuentas de ahorros médicas, o cuentas para Lograr una Vida Mejor (ABLE). Adjunte otra página si es necesario.

	Activo 1	Activo 2	Activo 3
Indique todos los propietarios			
Tipo			
Nombre del banco o institución			
Saldo actual	\$	\$	\$
Número de cuenta			



Cuentas de Jubilación. Háblenos acerca de las cuentas de jubilación de su hogar, incluyendo cualquier cuenta 403B, 457B, 401k, IRA, IRA Roth o Keogh.



	Cuenta 1	Cuenta 2	Cuenta 3
Indique todos los propietarios			
Tipo			
Nombre del banco o institución			
Saldo actual	\$	\$	\$
Número de cuenta			



Bienes Inmobiliarios. Háblenos acerca de propiedades inmuebles de cualquier miembro del hogar. Los bienes inmobiliarios pueden incluir un hogar, una casa móvil, o un terreno.

Propiedad 1	Indique todos los propietarios	¿Es esto un activo comercial? ☐ Sí ☐ No	
	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	¿Genera ingreso? ☐ Sí ☐ No	
	Tipo (casa, propiedad de alquiler, etc.)	Valor de la Propiedad \$	Cantidad adeudada \$
Propiedad 2	Indique todos los propietarios	¿Es esto un activo comercial? ☐ Sí ☐ No	
	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	¿Genera ingreso? ☐ Sí ☐ No	
	Tipo (casa, propiedad de alquiler, etc.)	Valor de la Propiedad \$	Cantidad adeudada \$





Seguro de Vida. Háblenos acerca de las pólizas de seguros de vida en su hogar.



Seguro 1	Indique todos los propietarios	# de Póliza	Beneficio por fallecimiento \$
	Compañía de Seguro	Tipo de Póliza (seleccione uno) ☐ Seguro de Vida a Término ☐ Seguro de vida entera	Valor de rescate en efectivo \$
Seguro 2	Indique todos los propietarios	# de Póliza	Beneficio por fallecimiento \$
	Compañía de Seguro	Tipo de Póliza (seleccione uno) ☐ Seguro de Vida a Término ☐ Seguro de vida entera	Valor de rescate en efectivo \$



Contratos de Entierro y Parcelas. Háblenos acerca de los contratos de entierro o parcelas que su hogar haya pagado.

Contrato 1	Indique todos los propietarios	Designado para
	Estado donde se hizo el contrato	Nombre de la funeraria o el cementerio
	Seleccione uno ☐ Contrato ☐ Parcela ☐ Otro (especifique) _____	Cantidad o valor
Contrato 2	Indique todos los propietarios	Designado para
	Estado donde se hizo el contrato	Nombre de la funeraria o el cementerio
	Seleccione uno ☐ Contrato ☐ Parcela ☐ Otro (especifique) _____	Cantidad o valor



Vehículos. Háblenos acerca de cualquier vehículo que pertenezca a su hogar. Los vehículos incluyen automóviles, casas móviles, vehículos recreativos (RVs), motocicletas, motos de nieve, remolques, camiones, furgonetas, barcos u otras embarcaciones.



vehículo 1	Indique todos los propietarios	Tipo de vehículo		
	Marca	Modelo	Año	Cantidad adeudada \$
	¿Lo usa para trabajo o escuela? ☐ Sí ☐ No	¿Lo usa para las citas médicas? ☐ Sí ☐ No	¿Es esto un activo comercial? ☐ Sí ☐ No	
vehículo 2	Indique todos los propietarios	Tipo de vehículo		
	Marca	Modelo	Año	Cantidad adeudada \$
	¿Lo usa para trabajo o escuela? ☐ Sí ☐ No	¿Lo usa para las citas médicas? ☐ Sí ☐ No	¿Es esto un activo comercial? ☐ Sí ☐ No	



Demandas y Herencias. Díganos si alguien en su hogar tiene demandas judiciales o herencias pendientes.



¿Alguien en su hogar presentó una demanda que aún esté pendiente?	Si dijo que sí, ¿quién?	Nombre del abogado
	Dirección del abogado (calle, ciudad, estado, código postal)	
☐ Sí ☐ No		
¿Alguien en su hogar espera recibir alguna herencia?	Si dijo que sí, ¿quién?	Cantidad de la herencia \$
☐ Sí ☐ No		Fecha en que la espera





Ventas o transferencias. Díganos si alguien de su hogar ha vendido o transferido una propiedad de vehículos, cuentas bancarias, bienes raíces, dinero en efectivo, acciones, bonos, o fondos mutuales. Si está solicitando dinero en efectivo, háganos saber cualquier venta o transferencia ocurrida en los últimos 24 meses. Si está solicitando SNAP, infórmenos sobre cualquier venta o transferencia en los últimos 90 días.

	¿Qué fue lo que se vendió o se regaló, etc.?	¿Quién hizo la transacción	Cantidad / valor	Fecha de la venta, transferencia o regalo.
Artículo 1			\$	
Artículo 2			\$	
Artículo 3			\$	



Ingresos de Empleo. Háblenos acerca de los ingresos de empleo de su hogar, incluyendo todos los trabajos por cualquier miembro del hogar en los últimos 3 meses. Los ingresos del empleo son ganancias, salarios, propinas y comisiones. Adjunte otra página si es necesario.

Empleo 1	Nombre de la persona que empleo		Empleador / Nombre de la compañía		
	Nombre y título de la persona de contacto en la compañía		Teléfono del empleador		
	Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal)			Fecha de comienzo	
	¿Con qué frecuencia le pagan? ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otra		Ingreso bruto por período de pago (antes de los impuestos) \$		Horas que trabaja por semana
Empleo 2	Nombre de la persona que empleo		Empleador / Nombre de la compañía		
	Nombre y título de la persona de contacto en la compañía		Teléfono del empleador		
	Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal)			Fecha de comienzo	
	¿Con qué frecuencia le pagan? ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otra		Ingreso bruto por período de pago (antes de los impuestos) \$		Horas que trabaja por semana
Empleo 3	Nombre de la persona que empleo		Empleador / Nombre de la compañía		
	Nombre y título de la persona de contacto en la compañía		Teléfono del empleador		
	Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal)			Fecha de comienzo	
	¿Con qué frecuencia le pagan? ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otra		Ingreso bruto por período de pago (antes de los impuestos) \$		Horas que trabaja por semana



Pérdida del Empleo y Status de Huelguista. Háblenos acerca de cambios recientes en el trabajo, o si alguien de su hogar está en huelga.

¿Hay alguien que perdió un empleo, cambió de trabajo, dejó un trabajo, o le rebajaron las horas en los últimos 120 días?		☐ Sí ☐ No	Si dijo que Sí, ¿quién?		
¿Cuál trabajo?		Fecha en que el empleo terminó o le rebajaron las horas		Última fecha de pago	
¿Qué pasó y por qué?					
¿Hay alguien del hogar en huelga?		☐ Sí ☐ No	Si dijo que Sí, ¿quién?		Fecha de comienzo de la huelga





Ingresos por Cuenta Propia. Háblenos acerca de los ingresos de un trabajo por cuenta propia actual, o un empleo por cuenta propia que haya terminado en los últimos 90 días. Si usted está informando algún trabajo por cuenta propia o ingreso de negocio personal, tiene que darnos copias de todos los horarios de su Formulario 1040 del IRS.

Indique todos los dueños		Dirección del negocio (ciudad, estado, código postal)	
Nombre del negocio		Tipo de negocio	
Fecha en que comenzó el empleo por cuenta propia	Fecha en que terminó el empleo por cuenta propia	Promedio bruto mensual de ingresos antes de los impuestos \$	Horas semanales trabajadas



Otros Ingresos. Háblenos sobre los ingresos que obtiene de otras fuentes, tales como: beneficio por incapacidad, pagos de compensación a trabajadores, beneficios por desempleo, pensiones, Seguro Social, anualidades, ingresos por jubilación, beneficios de veteranos, pagos de manutención de niños, subsidio por cuidado de crianza, subsidio de adopción, o alquileres.

Nombre de la persona con ingresos	Tipo / fuente	# Reclamación	¿Con qué frecuencia?	Cantidad	Fecha inicial	Fecha final
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		



Otras solicitudes de beneficios. Háblenos acerca de otros beneficios que los miembros del hogar han solicitado, pero no reciben actualmente. Otros beneficios pueden incluir: beneficios del Seguro Social (incluyendo SSI o SSDI), beneficio por desempleo, pensiones, beneficio por incapacidad, beneficios de veteranos, o compensación a trabajadores.

¿Alguna persona en su hogar ha solicitado alguno de los siguientes beneficios? Marque todo lo que corresponda.

☐ SSD	☐ SSA	☐ SSI	☐ Incapacidad	☐ Pensión	☐ SSA Retiro Temprano	☐ Beneficios VA	☐ Ingresos del extranjero	☐ Compensación a trabajadores
☐ Compensación por desempleo ☐ Retiro Ferroviario ☐ Otro _____								

Complete la tabla debajo con detalles sobre cualquier beneficio que haya solicitado y marcado anteriormente.

	Beneficio 1	Beneficio 2	Beneficio 3
Nombre del solicitante			
Tipo / fuente			
Fecha de inicio (si la sabe)			



Gastos por Cuido de Dependientes. Háblenos sobre los gastos que su hogar paga por el cuidado de niños o de una persona anciana o discapacitada.

Dependiente 1	Nombre del Dependiente		Nombre del Proveedor	
	Dirección del Proveedor (calle, ciudad, estado, código postal)			
	¿Quién lo paga?	Cantidad que paga \$	Si el estado lo paga, ¿cuánto paga al mes? \$	
Dependiente 2	Nombre del Dependiente		Nombre del Proveedor	
	Dirección del Proveedor (calle, ciudad, estado, código postal)			
	¿Quién lo paga?	Cantidad que paga \$	Si el estado lo paga, ¿cuánto paga al mes? \$	





Gastos Médicos. Háblenos acerca de los gastos médicos del hogar. Los gastos médicos pueden incluir: facturas de hospital o del doctor, facturas dentales, recetas médicas, copagos, primas de seguro de salud, equipos médicos, costos de espejuelos y medicamentos/suplementos sin receta, costos relacionados con un animal de servicio, o costos para un ayudante para salud o asistente.

	Gastos 1	Gastos 2	Gastos 3
Nombre de la persona con los gastos			
Tipo de gasto			
Fecha de servicio			
Cantidad adeudada	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia lo paga?			
¿Ha pagado facturas?	☐ Sí ☐ No ☐ Parcialmente	☐ Sí ☐ No ☐ Parcialmente	☐ Sí ☐ No ☐ Parcialmente



Manutención de Niño Ordenada por la Corte. Háblenos de la manutención infantil que una corte le ordenó pagar por niños que no viven con usted.

	Niño/a 1	Niño/a 2	Niño/a 3
Nombre del niño(a)			
¿Quién la paga?			
Cantidad que paga	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia la paga?			
Tipo	☐ Manutención actual de niño ☐ Atrasos ☐ Prima de seguro de salud	☐ Manutención actual de niño ☐ Atrasos ☐ Prima de seguro de salud	☐ Manutención actual de niño ☐ Atrasos ☐ Prima de seguro de salud





Gastos del Hogar. Háblenos acerca de los costos de su hogar es responsable de pagar, tales como: pagos de alquiler o hipoteca, condominio, impuestos a la propiedad, y seguro de propietario. El responder a estas preguntas puede ayudarle a obtener el mayor beneficio posible.

	Gasto 1	Gasto 2	Gasto 3
Nombre de la persona con el gasto			
Tipo de gasto(s)			
Cantidad de gasto(s)	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia paga?			
Si alquila, ¿es subsidiado?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Si dijo que Sí, ¿qué tipo de subsidio?			
¿Vive usted en una vivienda pública?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No



Gastos Relacionados con el Trabajo. Estos incluyen los costos de herramientas o materiales requeridos para el trabajo, cuotas de union obligatorias, instalación y mantenimiento de equipos, FICA, seguro de vida o salud, planes de jubilación obligatoria y cualquier gasto debido al empleo por cuenta propia.

	Gasto 1	Gasto 2	Gasto 3
Nombre de la persona con el gasto			
Tipo de gasto			
Cantidad de gasto	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia paga?			
En qué fecha comenzó el gasto			



Gastos de Servicios Públicos. Háblenos acerca de los costos de servicios públicos que su hogar es responsable de pagar, tales como: calefacción, refrigeración, electricidad, gas, agua, alcantarillado, basura o teléfonos. Responder a estas preguntas puede ayudarle a obtener el mayor beneficio posible.

¿Paga usted por calefacción o refrigeración aparte de sus gastos del hogar?	☐ Sí ☐ No
¿Paga usted una tarifa adicional a su propietario por calefacción o refrigeración?	☐ Sí ☐ No
¿Ha recibido el hogar pagos de asistencia energética en el último año?	☐ Sí ☐ No

Complete la siguiente sección si respondió que No a las preguntas anteriores. ¿Paga usted alguno de los siguientes servicios públicos a parte de sus gastos de hogar? (Marque todos los que apliquen). Incluya los gastos de servicios públicos que no forman parte del alquiler o la hipoteca.

☐ Alcantarillado / fosa séptica	☐ Agua	☐ Butano	☐ Electricidad	☐ Gas
☐ Teléfono	☐ Madera	☐ Carbón	☐ Basura	☐ Otro

Las personas sordas o con deficiencias auditivas que tengan un dispositivo TDD/TTY pueden comunicarse con el DSS llamando al 1-800-842-4524. Las personas ciegas o con impedimentos visuales pueden comunicarse con el DSS llamando al 1-860-424-5040.





ED-682S
(Rev. 9/15)

¿QUIERE REGISTRARSE PARA VOTAR?

Las leyes federales y estatales requieren que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) le brinde la oportunidad de registrarse como votante. Por favor conteste las preguntas abajo y ponga su nombre en letra de molde y su firma en el espacio indicado.

- ¿Está usted inscrito(a) como votante? ☐ Sí, ya estoy inscrito(a) ☐ No
- Si no está inscrito(a) para votar donde reside ahora, ¿quiere inscribirse como votante ☐ Sí ☐ No

SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS DOS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

El hecho de registrarse o no registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que será proveída a usted por esta agencia.

Si quiere ayuda para llenar la solicitud de registración de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda depende de usted. Usted puede llenar la solicitud en privado.

Se puede registrar en línea al <https://voterregistration.ct.gov/OLVR>, o puede llenar una solicitud de registración de votante en papel y dejarla en DSS o enviarla por correo. La solicitud se incluye con las solicitudes de DSS que le enviamos, y también se pueden conseguir en todas las oficinas del DSS. Puede enviar su solicitud al DSS en el sobre adjunto, o enviarlo directamente a su Ayuntamiento Municipal. Si necesita ayuda, o si necesitas otra solicitud, por favor llame al **1-855-626-6632**.

Su Nombre en letra de molde	Su firma	Fecha
Dirección (Número, Calle)	Ciudad	Estado Zona Postal

Para uso del trabajador de DSS solamente

Date _____ ☐ No boxes checked ☐ Voter Registration Card Sent

Worker Name _____ Worker Number _____

..... Desprenda aquí y retenga

Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho de registrarse o su decisión de no registrarse para votar, su derecho a privacidad al decidir si solicitar o no registrarse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otras preferencias políticas, usted puede presentar una queja con: State Elections Enforcement Commission, 20 Trinity Street, Hartford, CT 06106; 860-256-2940, número gratis 866-733- 2463, TDD: 1-800-842-9710; SEEC@ct.gov



Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.



Departamento de Servicios Sociales del Estado de Connecticut Derechos y responsabilidades

W-0016RRS
(Rev. 8/26)

Las siguientes declaraciones se aplican a todas las personas que solicitan o reciben ayuda del Departamento:

Para todos los programas

Para todos los programas, excepto el SNAP, notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) en un plazo de 10 días cualquier cambio en mis ingresos, activos o condiciones de vivienda.

Puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con una medida tomada en mi caso. Las solicitudes de audiencia deben presentarse por escrito para todos los programas, excepto el SNAP. Las solicitudes de audiencia para el SNAP también pueden realizarse por teléfono. Usted puede representarse a sí mismo en una audiencia, o puede contar con un abogado, un familiar, un amigo o cualquier otra persona para que lo represente.

Toda la información proporcionada en los formularios está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. Cooperaré con dichos funcionarios proporcionando autorizaciones, documentos y otras pruebas que respalden lo que he declarado. Autorizo al DSS a verificar (comprobar) cualquier información proporcionada en los formularios que presente.

Toda la información proporcionada en los formularios, incluidos los números de Seguro Social, es confidencial, salvo en los casos permitidos o exigidos por una orden judicial, la ley estatal o la ley federal. Salvo ciertas excepciones, el DSS utilizará dicha información únicamente para administrar los programas del DSS. Si el DSS considera que existe un peligro inminente para la salud, la seguridad o el bienestar de un niño o de una familia, el DSS proporcionará la dirección y el número de teléfono del niño al Departamento de Niños y Familias. Para todos los programas, excepto Medicaid, el DSS proporcionará mi dirección a un funcionario de las fuerzas del orden para localizarme si estoy huyendo para evitar ser procesado o detenido por ciertos delitos, o por violar una condición de libertad condicional relacionada con ciertos delitos, o si tengo información que un funcionario de las fuerzas del orden necesite para desempeñar su labor en relación con ciertos delitos.

El DSS puede divulgar información sobre mí y sobre otras personas de mi familia o mi hogar que estén recibiendo prestaciones con fines directamente relacionados con la administración de los programas del DSS. Los fines directamente relacionados con la administración de los programas del DSS incluyen, entre otros: establecer la elegibilidad, determinar el monto de la ayuda, prestar servicios, así como para investigaciones, procesos penales o procedimientos civiles relacionados con la administración de los programas del DSS. Entiendo que el DSS comparte cierta información con el gobierno federal para fines directamente relacionados con la administración de sus programas, y que el gobierno federal puede decidir de manera independiente volver a divulgar esta información a las autoridades de inmigración.

El DSS puede divulgar a sus contratistas información confidencial del Departamento de Trabajo relativa a los beneficios de compensación por desempleo y a los salarios trimestrales de cualquier miembro del hogar que solicite asistencia, con el fin de determinar y revisar la elegibilidad para la asistencia médica, el SNAP, el SAGA, el TFA y el Suplemento Estatal.

El Estado puede verificar la información que reciba sobre los pagos de manutención infantil, los cuales se realizan al Estado en nombre de mi hijo, con la Oficina de Servicios de Manutención Infantil del DSS. Si realizo una declaración falsa o engañosa, puedo estar sujeto a sanciones civiles o penales.

Autorizo al DSS a verificar cualquier información relativa a la condición de no ciudadano de cualquier persona ante los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). El DSS no compartirá la información proporcionada en este formulario con el USCIS; **sin embargo**, el DSS está obligado a compartir información con agencias federales que puedan decidir de manera independiente compartir su información con el USCIS con fines migratorios. La información recibida del USCIS podría afectar la elegibilidad y el nivel de prestaciones de mi hogar.

El DSS puede divulgar información sobre mí y sobre los miembros de mi familia o mi hogar que estén recibiendo prestaciones del DSS para identificar otros servicios o prestaciones a los que yo pueda tener derecho, o para verificar mi elegibilidad para dichos servicios o prestaciones. El DSS puede compartir esta información con: (1) agencias del gobierno estatal, como el Departamento de Salud Pública, para determinar si reúno los requisitos para el programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC); la Oficina de la Primera Infancia, para determinar si reúno los requisitos para recibir asistencia para el cuidado infantil; o el Departamento de Servicios de Ingresos, para determinar si reúno los requisitos para créditos fiscales; (2) empresas de servicios públicos para determinar si califico para la condición de dificultad económica o para tarifas con descuento; y (3) organizaciones sin fines de lucro que colaboran con el estado para ofrecer servicios como SimplifyCT, con el fin de brindar asistencia gratuita para la preparación de declaraciones de impuestos. Si bien es posible que las entidades que reciben información del DSS no estén sujetas a ciertas leyes federales de confidencialidad, entiendo que el DSS solo divulgará la cantidad mínima de información necesaria para identificar los servicios o beneficios a los que podría tener derecho o para verificar mi elegibilidad para dichos servicios o beneficios, y que el DSS prohíbe a estas entidades volver a divulgar, vender o utilizar mi información para cualquier otro fin. Puedo solicitarle al DSS que no comparta mi información con estas entidades en cualquier momento ingresando a <https://portal.ct.gov/dss/optout>, lo cual entrará en vigor de inmediato, salvo en la medida en que la información ya haya sido compartida previamente. Si le solicito al DSS que no comparta mi información, ello no tendrá ningún efecto sobre mi elegibilidad para ningún programa o beneficio del DSS.

Cualquier información que proporcione en los formularios, incluidos los números de Seguro Social, se utilizará para verificar la identidad y la elegibilidad de las personas de mi hogar que vayan a recibir prestaciones. Las personas que viven conmigo y que no solicitan prestaciones no necesitan proporcionar sus números de Seguro Social; sin embargo, si están dispuestas a hacerlo, esto podría acelerar el proceso de solicitud. Los números de Seguro Social se cotejarán mediante sistemas informáticos con los registros de los gobiernos federal, estatal y local. El DSS está autorizado a solicitar los números de Seguro Social con base en las siguientes disposiciones legales: para el SNAP, la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente conocida como Ley de Cupones de Alimentos), 7 USC §§ 2011-2036; 7 USC § 2025(e)(1) y 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(4); para el TFA, 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(1); para Medicaid, 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(2); para el Suplemento Estatal para Personas de la Tercera Edad, Ciegos y Discapacitados, 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(5); para SAGA, la Ley de Reforma Fiscal de 1976, 42 USC § 405(c)(2)(C)(i); para todos los programas excepto SAGA, Conn. Gen. Stat. § 17b-77.

El DSS utilizará la información de que disponga a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) y del Directorio Nacional de Nuevas Contrataciones para determinar su elegibilidad y sus beneficios. Esta información provendrá del Departamento de Trabajo, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y otras agencias, cuando lo permita la ley. El DSS podrá contrastar la información que reciba de estas fuentes directamente con otras fuentes, tales como bancos y empleadores. Estos resultados pueden afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de prestaciones.

Proporcionar la información solicitada en los formularios es voluntario. Sin embargo, si no proporciona cierta información, es posible que se le nieguen los beneficios o los servicios. En el caso del SNAP, si no reporta o no verifica alguno de los gastos enumerados, el DSS interpretará esto como una declaración de que no desea recibir una deducción por el gasto no reportado.

Cooperaré con las revisiones de control de calidad estatales y federales.



**Conserve esta página 1 para sus registros
No la devuelva al DSS**



Departamento de Servicios Sociales del Estado de Connecticut Derechos y responsabilidades

W-0016RRS
(Rev. 8/26)

Para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Entiendo que el DSS administra el SNAP y que el DSS cuenta con 30 días a partir de la fecha de la solicitud para procesarla

Notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) a más tardar el décimo día del mes siguiente a aquel en que mis ingresos superen el 130% del nivel federal de pobreza correspondiente al tamaño de mi familia, cuando las horas de trabajo de los adultos sin discapacidades ni dependientes (ABAWD) sean inferiores a 80 horas al mes o a un promedio de 20 horas a la semana, o cuando un miembro del hogar reciba ganancias de lotería o juegos de azar que superen los \$4,500 en un solo juego.

Si incumplo alguna de estas normas a propósito, se me puede excluir del programa SNAP por un período de entre un año y de forma permanente, se me puede imponer una multa de hasta 250 000 dólares y/o una pena de prisión de hasta 20 años. También puedo ser objeto de acciones penales en virtud de cualquier otra ley federal o estatal aplicable, y se me puede excluir del programa SNAP por 18 meses adicionales si así lo ordena un tribunal.

Mi solicitud o renovación de los beneficios del SNAP, así como su recepción, constituye un registro de disponibilidad laboral para mí y para todos los miembros de mi unidad de asistencia del SNAP, de entre 16 y 59 años, que no estén exentos.

Las personas inscritas en el programa de trabajo deben aceptar una oferta de empleo con un salario igual al salario mínimo federal o estatal, el que sea más alto, a menos que el empleo no sea adecuado; proporcionar información sobre su situación laboral o disponibilidad para trabajar, cuando se les solicite; y presentarse ante un empleador si son remitidos por el DSS, un contratista del DSS o el Departamento de Trabajo de Connecticut, a menos que el empleo no sea adecuado. Las personas inscritas en el programa de trabajo no deben renunciar voluntariamente a un empleo ni reducir sus horas de trabajo, sin causa justificada, si trabajan al menos 30 horas a la semana.

El incumplimiento de los requisitos laborales sin causa justificada puede dar lugar a las siguientes sanciones: en la primera infracción, se perderá el derecho a recibir los beneficios del SNAP durante 3 meses o hasta la fecha en que se cumpla con los requisitos; en la segunda infracción y en las infracciones adicionales, se perderá el derecho durante 6 meses o hasta la fecha en que se cumpla con los requisitos.

Si infrinjo una norma del SNAP a propósito o si se me declara culpable de comprar un producto con el SNAP que tenga un envase con depósito reembolsable con la intención de obtener dinero en efectivo al desechar el producto y devolver el envase a cambio de dinero, no seré elegible para recibir el SNAP. La primera vez que infrinja una norma, no podré recibir el SNAP durante un año. La segunda vez, no podré recibir el SNAP durante dos años. La tercera vez, no podré recibir el SNAP nunca más.

Si se me declara culpable de traficar con beneficios del SNAP por un valor de 500 dólares o más, no podré recibir el SNAP nunca más. Traficar con el SNAP significa venderlos en lugar de utilizarlos para comprar alimentos.

No se me permite utilizar ni tener en mi poder una tarjeta EBT que no sea mía (a menos que sea un comprador autorizado del SNAP) y no puedo permitir que otras personas utilicen mi tarjeta (a menos que sean compradores autorizados del SNAP).

Si se me declara culpable de comprar o intercambiar una sustancia controlada, o de recibir beneficios del SNAP como pago por una sustancia controlada, la primera vez que infrinja esta regla no podré recibir el SNAP durante 24 meses y, la segunda vez, no podré volver a recibir el SNAP nunca más.

Si se me declara culpable de comprar o intercambiar armas de fuego, municiones o explosivos, o de recibir beneficios del SNAP como pago por armas de fuego, municiones o explosivos, es posible que no pueda recibir el SNAP nunca más.

Si se me declara culpable de homicidio, abuso sexual agravado, explotación sexual y otros tipos de abuso infantil, agresión sexual o un delito sustancialmente similar, es posible que no pueda recibir el SNAP nunca más.

Si hago un uso indebido intencional de una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), es posible que ya no pueda recibir el SNAP. También podría recibir una multa de hasta 250 000 dólares o ser condenado a una pena de prisión de hasta 20 años, o ambas cosas. El uso indebido de una tarjeta EBT implica alterar, vender o intercambiar una tarjeta, utilizar la tarjeta de otra persona sin permiso o intercambiar beneficios.

No se me permite comprar artículos no alimenticios, como alcohol o cigarrillos, ni comprar alimentos a crédito. Entiendo que esto constituye un uso indebido intencional de una tarjeta EBT y podría dar lugar a la descalificación.

Si realizo una declaración falsa sobre mi identidad o dirección, o la de los miembros de mi hogar, con el fin de obtener más de un beneficio del SNAP durante el mismo período, no podré recibir el SNAP durante 10 años.

Si se presenta una reclamación relacionada con el programa SNAP contra mi hogar, la información contenida en los formularios que presente ante el DSS, incluidos todos los números de Seguro Social, podrá ser remitida a organismos federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de deudas, con el fin de que se tomen medidas para el cobro de la deuda.

El Estado debe tramitar las solicitudes del SNAP de conformidad con los procedimientos de SNAP, incluyendo los plazos, las notificaciones y las Audiencias Imparciales. No se le puede negar a un hogar los beneficios del SNAP únicamente porque se le hayan negado beneficios de otros programas.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

Que se acepte su solicitud firmada el mismo día en que la presente ante el DSS durante el horario de atención. Si presenta una solicitud fuera del horario de atención, incluidos los días festivos, se aceptará el siguiente día hábil.

Que un adulto que conozca su situación presente la solicitud en su nombre si usted no puede acudir a la oficina local del DSS;

Recibir sus beneficios del SNAP dentro de los 30 días posteriores a la presentación de su solicitud, siempre y cuando cumpla con los requisitos de elegibilidad;

Recibir el SNAP en un plazo de 7 días si tiene una necesidad inmediata y cumple con los requisitos para un servicio más rápido;

Que se le informe con anticipación si el DSS va a reducir o suspender sus beneficios durante su período de certificación debido a un cambio en su situación;

Consultar su expediente y una copia de las normas del SNAP; y

Tener una audiencia administrativa si considera que las normas no se aplicaron correctamente en su caso. En una audiencia administrativa, podrá explicarle al funcionario de audiencia por qué no está de acuerdo con lo que ha hecho el DSS.



**Conserve esta página 2 para sus registros
No la devuelva al DSS**



Departamento de Servicios Sociales del Estado de Connecticut Derechos y responsabilidades

W-0016RRS
(Rev. 8/26)

Para el programa Jobs First / Asistencia en Efectivo de TFA

Yo y todos los demás miembros del hogar de Jobs First / TFA que estén obligados a hacerlo debemos participar en los Servicios de Empleo, a menos que exista una exención para esa persona.

El DSS puede realizar una visita a domicilio sin previo aviso.

Es posible que se le cobre a mi familiar legalmente responsable para que reembolse al Estado el dinero en efectivo que se me pagó.

Si, a sabiendas, proporciono información falsa (errónea) al DSS sobre mí mismo o sobre alguien para quien estoy solicitando los beneficios de Jobs First / TFA, con el fin de obtener dichos beneficios o recibir una cantidad de dinero incorrecta, no recibiré los beneficios durante 6 meses la primera vez que esto ocurra y durante 12 meses la segunda vez. Si ocurre una tercera vez, nunca más podré recibir los beneficios de Jobs First / TFA.

No utilizaré mi tarjeta EBT para realizar transacciones de transferencia electrónica de beneficios en una licorería, un establecimiento de entretenimiento para adultos, un casino, una casa de apuestas o un establecimiento de juegos de azar.

Para el suplemento estatal

Se le podrá cobrar a mi familiar legalmente responsable para que reembolse al Estado el dinero en efectivo que el Estado me haya pagado.

Para asistencia en efectivo de SAGA

Debo cooperar con el Estado para obtener manutención de mi cónyuge.

Si un miembro de mi hogar tiene un problema de abuso de sustancias, es posible que se le exija someterse a tratamiento para poder recibir los beneficios en efectivo de SAGA.

Si realizo declaraciones falsas o engañosas al solicitar SAGA, estaré infringiendo la ley y es posible que no pueda recibir SAGA durante un máximo de un año.

Para la asistencia médica

El dinero proveniente de una demanda judicial pendiente o futura se destinará (se asignará) al Estado para recuperar cualquier gasto médico pagado por el Estado relacionado con dicha demanda.

Si, a sabiendas, proporciono información falsa (errónea) o engañosa al DSS sobre mí mismo o sobre la persona para la que estoy solicitando el programa, estaré infringiendo la ley federal y podría ser multado con hasta 25 000 dólares o condenado a 5 años de prisión, o ambas cosas.

Al solicitar asistencia médica, cedo (asigno) mi derecho a recibir manutención de terceros al DSS (artículo 1912 de la Ley del Seguro Social).

Si me encuentro en un centro de cuidados o si estoy solicitando servicios a domicilio y comunitarios, y deseo ceder mis derechos de manutención contra mi cónyuge, debo firmar una cesión adicional de manutención (artículo 1924 de la Ley del Seguro Social).

El Estado puede facturar a mi familiar legalmente responsable para que le reembolse al Estado los costos de mi atención médica.

No modificaré (cambiaré), intercambiaré, venderé ni utilizaré la tarjeta de identificación de servicios médicos de otra persona.

El Estado recuperará el dinero de mi patrimonio si recibo servicios de atención a largo plazo cuando tenga al menos 55 años de edad o esté internado de manera permanente en una institución, y no cuente con un cónyuge vivo ni con un hijo menor de 21 años, ciego o con discapacidad.

El DSS o su representante pueden solicitar Medicare en mi nombre si el DSS considera que soy elegible para Medicare. El DSS o su representante también pueden presentar reclamaciones y apelaciones de Medicare en mi nombre.

El DSS o cualquier otra aseguradora o proveedor de salud podrá divulgar información sobre mí y mi familia según sea necesario para la prestación de servicios médicos y del programa, conforme lo permitan las leyes federales y estatales.

Al recibir asistencia médica, autorizo al Estado a recuperar el costo de mis facturas médicas que estén cubiertas por un tercero, como otro seguro, directamente de dicho tercero.

Cesión y cooperación en materia de manutención infantil

Al solicitar ayuda del Estado, cedo (entrego) al Estado todos los derechos que tengo a recibir manutención actual de cualquier persona para cualquier miembro de la familia incluido en la solicitud.

Mientras reciba ayuda del Estado, debo cooperar plenamente con él para lograr que otras personas responsables contribuyan al sustento de mi familia.

El Estado retendrá la manutención infantil que se me adeuda mientras reciba ayuda en efectivo, lo que significa que no la recibiré durante ese tiempo.

Cuando termine mi asistencia en efectivo de TFA, recibiré todos los pagos actuales de manutención infantil. Cualquier manutención infantil pendiente de pago que se me debía durante el tiempo en que recibía asistencia en efectivo de TFA se le adeuda al Estado.

El Estado continuará haciendo cumplir mi orden de manutención infantil después de que deje de recibir asistencia, a menos que notifique al Estado que no deseo este servicio.



**Conserve esta página 3 para sus registros
No la devuelva al DSS**

W-0016RRR página 3 de 4



Departamento de Servicios Sociales del Estado de Connecticut Derechos y responsabilidades

W-0016RRS
(Rev. 8/26)

Declaración de no discriminación

De conformidad con las leyes federales de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), creencias religiosas, discapacidad, edad, convicciones políticas, o por represalias o represalias 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 asistencia financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), como la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y los programas que el HHS administra directamente también tienen prohibido discriminar en virtud de las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Asimismo, la información sobre los programas puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

QUEJAS DE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL USDA

El USDA brinda asistencia financiera federal para numerosos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, tales como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FPIR) y otros. Para presentar una queja por discriminación relacionada con un programa, complete el formulario AD-3027 (que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, y en cualquier oficina del USDA) o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completados al USDA por:

1. correo postal: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Sala 334, Alexandria, VA 22314; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. por teléfono: (833) 620-1071; o
4. correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Para cualquier otra información relacionada con el programa SNAP, las personas deben comunicarse con la línea directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llamar a los números estatales de información o de la línea directa que se encuentran en línea en: <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>

DENUNCIAS DE VIOLACIÓN DE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL HHS

El HHS brinda asistencia financiera federal para numerosos programas destinados a mejorar la salud y el bienestar, entre ellos el TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si considera que ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS administra directamente o a los que el HHS brinda apoyo financiero federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en su nombre o en el de otra persona.

Para presentar una queja por discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que reciba asistencia financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del Portal de Quejas de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correo postal a la siguiente 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; por fax: (202) 619-3818; o por correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para agilizar el proceso, le recomendamos que utilice el portal en línea de la OCR para presentar sus quejas, en lugar de hacerlo por correo postal. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRmail@hhs.gov o llamar al número gratuito de la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con dificultades del habla deben marcar el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También ofrecemos formatos alternativos (como braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística sin costo alguno para presentar una queja.

Esta institución es un proveedor que garantiza la igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación de Connecticut

Los Estatutos Generales de Connecticut prohíben la discriminación en el empleo y la prestación de servicios por motivos de edad, ascendencia, color de piel, antecedentes penales (en el empleo estatal y la concesión de licencias), identidad o expresión de género, información genética, discapacidad intelectual, discapacidad de aprendizaje, estado civil (incluida la unión civil), discapacidad mental (pasada o presente), origen nacional, discapacidad física (incluida la ceguera), raza, credo religioso, sexo (incluido el embarazo o el acoso sexual), orientación sexual, condición de veterano, condición de víctima de violencia doméstica, riesgos laborales para el sistema reproductivo o represalias por haberse opuesto previamente a la discriminación o la coacción.

Una persona con discapacidad puede solicitar y recibir una adaptación razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario para que dicha persona tenga una oportunidad igualitaria y significativa de participar en los programas administrados por el Departamento.

Si usted solicitó una adaptación o ayuda especial y se le negó, puede presentar una queja ante el Coordinador de la ADA del Departamento o ante cualquiera de las agencias que se enumeran a continuación:

Comisionado de Servicios Sociales

Atn.: Coordinador de la ADA

55 Farmington Avenue
Hartford, CT 06105-5033

Tel.: (860) 424-5040

Fax: (860) 424-4948

TDD: (800) 842-4524

Correo electrónico:

AffirmativeAction.DSS@ct.gov

Comisión de Derechos Humanos y Oportunidades de Connecticut

450 Columbus Boulevard, Suite 2
Hartford, CT 06103

Tel.: (860) 541-3400

Línea gratuita: (800) 477-5737

Fax: (860) 246-5265

TDD: (860) 541-3459

Sitio web: <https://portal.ct.gov/CHRO>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos,

Oficina de Derechos Civiles

Edificio Federal JFK, Sala 1875
Boston, MA 02203

Tel.: (617) 565-1340

Línea gratuita: (800) 368-1019

Fax: (617) 565-3809

TTY: (800) 537-7697

Sitio web: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>



**Conserve esta página 4 para sus registros
No la devuelva al DSS**

W-0016RR página 4 de 4