



W-1LINSTS
(New. 07/22)

Estado de Connecticut Departamento de Servicios Sociales

¡Solicite más rápido en
línea!

Solicitud W-1LTSSS para Servicios y Apoyos a Largo Plazo



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

Utilice este formulario para solicitar atención en un centro, atención domiciliaria comunitaria o pago de alojamiento y comida para un hogar de atención residencial/vivienda calificada.

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



Las personas sordas o con problemas de audición y que tengan un dispositivo TDD/TTY pueden comunicarse con el DSS llamando al 1-800-842-4524.

Las personas ciegas o con discapacidad visual pueden comunicarse con el DSS al 1-860-424-5040.

¡ATENCIÓN!

Si habla otro idioma, hay servicios de asistencia lingüística gratuitos disponibles para usted.
Llame al 1-855-626-6632 o al TTY: 1-800-842-4524

Spanish (Español):

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

Chinese (繁體中文):

注意：如果簡使用繁體中文，簡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).

Tagalog (Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita kang 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: Siw 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: हिंदी आप हिंदू बोलत हैं तो आपको हिंदी में भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है।
1-800-855-6632 (TTY: 1-800-842-4524) पर कॉल कर।

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 casa 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):

ركزا لغلا، نإف تامدخة د عاسلا ةيولللا
رفاوتلكل نأ جلا ب. لصتا
م فرب 1-855-626-6632 (م فرتا ه
م صلا م كبل او: 1-800-842-4524)

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



Solicite Más Rápido en Línea

Solicite más rápido en línea visitando connect.ct.gov. Recibiremos su solicitud más pronto. Si presenta la solicitud en línea, todos los documentos de respaldo o las pruebas deben enviarse por correo a la oficina que maneja su solicitud. Consulte las secciones: “¿Tiene sus documentos de prueba?” y “¿Qué pasa después?” para más detalles.

¿Qué puedo pedir con este formulario de solicitud?

Puede solicitar ayuda para pagar la atención en un centro de enfermería o de enfermedades crónicas, cuidado domiciliario comunitario o pago de alojamiento y comida en un hogar de atención residencial/vivienda calificada.

¿Cuándo sabré si soy elegible?

Le informaremos nuestra decisión dentro de los 45 días posteriores a la fecha de su solicitud, siempre que haya proporcionado todos los documentos de respaldo y las pruebas, excepto en circunstancias inusuales. Si su elegibilidad se basa en una discapacidad, tomaremos una decisión dentro de los 90 días posteriores a la fecha de su solicitud. Si no nos proporciona la prueba requerida o si no solicita más tiempo antes del día 30, entonces podríamos denegar su solicitud.

¿Quiénes pueden usar este formulario de solicitud?

Usted puede usar esta solicitud si necesita servicios y apoyos de atención a largo plazo.

¿Tiene sus documentos de prueba?

Es posible que deba proporcionarnos copias de ciertas pruebas (a veces las llamamos verificaciones) de activos, ingresos, gastos y cualquier otra información que deba proporcionarnos. Al completar la solicitud, tome nota de los documentos requeridos mencionados en cada sección y envíe copias. Proporcionarnos las pruebas puede ayudarlo a recibir sus beneficios más pronto. También puede llevar las copias de sus pruebas en persona a una oficina del DSS.

Si no tiene copias de todos los documentos mencionados a continuación, **NO ESPERE PARA HACER SU SOLICITUD**, envíenos lo que tenga cuando presente la solicitud.

En general, se necesitan copias de los siguientes documentos suyos y de su cónyuge para determinar si es elegible para la ayuda de atención a largo plazo del DSS:

Ingresos:

- Declaraciones de impuestos trimestrales
- Últimos cuatro recibos de pago
- Declaraciones de impuestos por trabajo por cuenta propia
- Pagarés privados
- Ingreso mensual bruto actual (el monto antes de los impuestos o deducciones) de todas las fuentes, incluyendo:
 - Seguridad Social
 - Jubilación Ferroviaria
 - Pensiones del VA
 - Pensiones Privadas
 - Anualidades (una copia del contrato de anualidad original además de las declaraciones)
 - Nota: Un depósito directo bancario no es prueba de ingresos brutos. Se requiere una copia del talón de pensión, el 1099, o una carta actual de la compañía de pensiones.
- Prueba de solicitud de cualquier beneficio

Gastos:

- Facturas médicas no pagadas de los últimos 6 meses
- Factura mensual de la prima del seguro de vivienda
- Facturas hipotecarias
- Recibos de servicios públicos
- Facturas del alquiler

¿Qué pasa después?

Los paquetes de solicitud con tanta documentación como sea posible deben enviarse por correo directamente al Centro de Solicitud de Servicios y Apoyos a Largo Plazo correspondiente. Si presenta la solicitud en línea, igualmente deberá enviar sus documentos de respaldo o comprobantes al centro de solicitud apropiado. Para determinar dónde enviar por correo su solicitud o sus documentos de respaldo, consulte la sección: “¿Dónde envío mis solicitudes de W-1LTGSS y pruebas completadas?” en estas instrucciones.

Nota: No podemos aceptar solicitudes enviadas por fax o correo electrónico debido al tamaño y volumen de la mayoría de las solicitudes de LTSS.

Si usted está solicitando ayuda para pagar la atención en un centro de enfermería o de enfermedades crónicas, envíe su solicitud por correo a la Oficina del DSS correspondiente buscando el nombre de su ciudad en la sección: “¿A dónde envío mis solicitudes de W-1LTGSS y pruebas completadas?” en las instrucciones a continuación.

Si solicita ayuda para pagar atención domiciliar comunitaria, envíe su solicitud por correo a la Unidad de Solicitudes de Opciones Comunitarias de Greater Hartford. Puede hallar la dirección de la Unidad de Aplicaciones de Opciones Comunitarias en la sección siguiente.

Puede encontrar más información sobre el proceso de solicitud de servicios y apoyos a largo plazo en: <https://portal.ct.gov/dss/health-and-home-care/long-term-care/long-term-care/apply>

Facturas de impuestos sobre la propiedad, si no están incluidas en su hipoteca Seguro Médico:

- Tarjetas de seguro médico privado que incluyan Medicare (copia de ambos lados)
- Montos de las primas del seguro médico: copia de las facturas o cupones de pago
- Póliza de seguro de cuidados a largo plazo
- Resumen del Servicio de Asociación de CT

Bienes:

- Fideicomisos y anualidades (incluidos apéndices, anexos, cuentas anuales, documento de fideicomiso, contratos de anualidades y enmiendas de los últimos 5 años)
- Cuentas corrientes - estados de cuenta
- Cuentas de ahorro - estados de cuenta
- Acciones - estados de cuenta de corretaje
- Bonos
- Fondos del mercado monetario - estados de cuenta
- Certificados de depósito: estados de cuenta o documentos impresos del banco o institución financiera
- Fondos mutuos, tesorería y otros pagarés
- Valor nominal y en efectivo de las pólizas de seguros de vida
 - Declaración anual actual del seguro de vida
 - Carta actual de la compañía de seguros de vida

Continúa en la página siguiente

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



¿Tiene sus documentos de prueba? Continuación

- Facturas mensuales de servicios públicos
- Recibos de herramientas o materiales requeridos
- Cuotas sindicales obligatorias
- Facturas de instalación y mantenimiento de equipos
- FICA
- Cuotas obligatorias del plan de jubilación
- Estados de cuenta de jubilación, IRA y Keogh
- Contratos de entierro (irrevocables y revocables)
- Escrituras de la parcela de entierro
- Títulos de vehículos
- Matriculas de vehículos
- Arrendamiento de vehículos

Bienes Inmuebles:

- Documentos de hipoteca inversa o línea de crédito con garantía hipotecaria - se requieren estados de cuenta mensuales/trimestrales para la revisión de 60 meses
- Transacciones inmobiliarias:
 - Documentos de cierre de inmuebles
 - Declaración de Vivienda y Desarrollo Urbano HUD-1
- Retirar documentos de reclamo:
- Documentos de uso vital

Otras Pruebas:

- Acta de defunción del cónyuge, sentencia de divorcio
- Inventario de testamentos y sucesiones, si su cónyuge falleció en los últimos 5 años
- Documentos de poder notarial (si los hay)
- Documentos de curador, inventario inicial y todas las cuentas de sucesiones que se presentaron en los últimos 5 años
- Documentos de tutela legal

La ley federal requiere que el DSS revise los estados financieros y bancarios de 5 años de todas las cuentas que usted y su cónyuge posean y sean copropietarios. El DSS hace esto revisando 2 años completos de estados de cuenta a partir de la fecha de solicitud, incluido el mes actual, y los estados de cuenta del mes de diciembre de los 3 años restantes que muestren el interés del año hasta la fecha. Si no puede proporcionar las declaraciones de los 3 años restantes, puede presentar sus devoluciones de impuestos federales. También tiene que proporcionar pruebas de los depósitos o retiros de \$5,000.00 o más. El DSS tiene derecho a solicitar transacciones por cualquier monto y copias de todos los estados de cuenta dentro del período anterior contemplado, si es necesario.

Se requiere una revisión de los ingresos y activos de 24 meses para los residentes de viviendas calificadas/RCH. Debe proporcionar pruebas de cualquier depósito o retiro de \$500 o más.

Envíe copias de estas pruebas junto con su formulario de solicitud. Proporcionarnos las pruebas puede ayudarlo a recibir sus beneficios más pronto. También puede llevarlos en persona a una oficina del DSS.

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

¿Dónde envío mis pruebas y solicitudes de W-1LTSS completadas?

Si solo está solicitando Cuidados en un Hogar Comunitario (HCBS), envíe su solicitud aquí:

**Greater Hartford - Unidad de Aplicaciones de Opciones Comunitarias
(Community Options Applications Unit)**
20 Meadow Road
Windsor, CT 06095

Si solicita ayuda para pagar el costo de su permanencia en un hogar de ancianos, centro de enfermedades crónicas, hogar de cuidado residencial, u otro centro de vivienda calificado, busque su ciudad en la página siguiente y envíe su solicitud a la oficina del DSS que aparece en la lista.

Mientras no sea obligado que utilice un abogado, obtener asesoramiento legal antes de completar esta solicitud de Servicios y Apoyos puede ayudar a proteger sus finanzas y derechos.

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



Oficina de New Haven – Unidad de Solicitud de LTSS
50 Humphrey Street
New Haven, CT 06513

Andover	Ansonia	Ashford	Bethany	Bolton	Bozrah	Branford	Brooklyn	Canterbury
Chaplin	Chester	Clinton	Colchester	Columbia	Coventry	Cromwell	Deep River	Derby
Durham	Eastford	East Haddam	East Hartford	East Hampton	East Haven	East Lyme	East Windsor	Ellington
Enfield	Essex	Franklin	Glastonbury	Griswold	Groton	Guilford	Haddam	Hamden
Hampton	Hebron	Killingly	Killingworth	Lebanon	Ledyard	Lisbon	Lyme	Madison
Manchester	Mansfield	Marlborough	Meriden	Middlefield	Middletown	Milford	Montville	New Haven
New London	North Branford	North Haven	North Stonington	Norwich	Plainfield	Pomfret	Portland	Preston
Putnam	Old Lyme	Old Saybrook	Orange	Salem	Scotland	Seymour	Shelton	Somers
South Windsor	Sprague	Stafford	Sterling	Stonington	Storrs	Tolland	Thompson	Union
Vernon	Voluntown	Wallingford	Waterford	Westbrook	West Haven	Willington	Windham	Woodbridge
				Woodstock				

Si usted vive en una de las ciudades anteriormente mencionadas, envíe su solicitud a la oficina de New Haven.

Oficina de Bridgeport – Unidad de Solicitud de LTSS
925 Housatonic Avenue
Bridgeport, CT 06606

Barkhamsted	Bethel	Bethlehem	Bridgeport	Bridgewater	Brookfield	Canaan	Colebrook	Cornwall
Danbury	Darien	Easton	Fairfield	Goshen	Greenwich	Hartland	Harwinton	Kent
Litchfield	Morris	Monroe	New Canaan	New Fairfield	New Hartford	New Milford	Newtown	Norfolk
North Canaan	Norwalk	Redding	Ridgefield	Roxbury	Salisbury	Sharon	Sherman	Stamford
Stratford	Thomaston	Torrington	Trumbull	Warren	Washington	Weston	Westport	Wilton
				Winchester	Woodbury			

Si usted vive en una de las ciudades anteriormente mencionadas, envíe su solicitud a la oficina de Bridgeport.

Oficina de Waterbury – Unidad de Solicitud de LTSS
249 Thomaston Avenue
Waterbury, CT 06702

Avon	Beacon Falls	Berlin	Bristol	Bloomfield	Burlington	Canton	Cheshire	East Granby
Farmington	Granby	Hartford	Middlebury	Naugatuck	Newington	New Britain	Oxford	Plainville
Plymouth	Prospect	Rocky Hill	Simsbury	Southbury	Southington	Suffield	Waterbury	Watertown
		West Hartford	Wethersfield	Windsor Locks	Windsor	Wolcott		

Si usted vive en una de las ciudades anteriormente mencionadas, envíe su solicitud a la oficina de Waterbury.

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





**Solicitud W-1LTSSS para
Servicios y Apoyos a Largo Plazo**

¿Qué tipo de ayuda está solicitando? Marque todo lo que corresponda.

- Ayuda para pagar la atención en un centro de enfermería o enfermedades crónicas
- Pago de alojamiento y comida para una Residencia de Ancianos/Vivienda Clasificada
- Ayuda para pagar atención domiciliaria comunitaria

¿Ha permanecido alguna vez en una institución, centro de cuidados a largo plazo, u hospital?

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Sí Favor de completar lo siguiente.
<input type="checkbox"/> No | Nombre y dirección del lugar | Fecha de entrada | Fecha de salida |
| | | | |

Si solicita atención domiciliaria comunitaria, ¿ha trabajado con alguna de las siguientes organizaciones en alguna evaluación o detección de sus necesidades de atención a largo plazo?

Marque todo lo que corresponda.

- No estoy solicitando atención domiciliaria comunitaria.

Organización	Tipos de Programas
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS)	<ul style="list-style-type: none"> Programa de atención domiciliaria de Connecticut para ancianos Exención de Katie Beckett Exención de Asistente de Cuidado Personal (PCA) Exenciones por Lesión Cerebral Adquirida (ABI) Exención de Autismo El Dinero sigue a la Persona (MFP)
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones (DMHAS)	<ul style="list-style-type: none"> Exención de Salud Mental
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios del Desarrollo (DDS)	<ul style="list-style-type: none"> Exención Integral Exención de Apoyo Individual y Familiar Exención de Subsidios Laborales y Diurnos
<input type="checkbox"/> Ninguna de las Anteriores	

Si usted marcó "Ninguna de las Anteriores" en la pregunta previa, y está solicitando cuidados en su hogar, deberá completar una evaluación con una de estas organizaciones. Por favor, comuníquese con uno de los siguientes:

Unidad de Opciones Comunitarias del Departamento de Servicios Sociales - 1-800-445-5394

Departamento de Exención de Servicios de Salud Mental y Adicciones - 1-866-548-0265

Unidad de Exención del Departamento de Servicios del Desarrollo - 1-866-737-0330

Programa de Connecticut El Dinero Sigue a la Persona (Money Follows the Person) - 1-888-992-8637

Completar una evaluación de las necesidades de atención domiciliaria con una de estas organizaciones antes de enviar esta solicitud puede ayudarle a conseguir ayuda más rápido.

Persona 1 Infórmenos sobre las personas que viven en su hogar, comenzando por usted.

Mi Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo)		Nombre legal, de soltera u otro nombre (si es diferente)	
ID de Cliente (si lo sabe)	ID del Caso (si lo sabe)	Seguridad Social #	
Género	Idioma que prefiere hablar	¿Necesita un intérprete?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de Nacimiento	Mejor número de teléfono para llamarlo	Indique el tipo de teléfono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular



Persona 1 Continuación

<input type="checkbox"/> Sí	¿Vive actualmente en algún centro/institución?	Si no, ¿piensa mudarse a alguno?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> No	Si respondió que Sí a alguna de estas preguntas, ¿cuál es el nombre y la dirección del sitio?							
<input type="checkbox"/> Si No, dirección del hogar	Dirección del Hogar	Ciudad	Estado	C.P.				
Dirección postal (si es diferente)	Dirección Postal	Ciudad	Estado	C.P.				
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Casada viviendo con esposo	<input type="checkbox"/> Separada _____ (fecha de separación)	¿Es una separación legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Casada viviendo aparte	<input type="checkbox"/> Divorciada _____ (fecha del divorcio)	<input type="checkbox"/> Viuda _____ (fecha del fallecimiento)					
Status Militar (marque lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Servicio Activo	<input type="checkbox"/> Veterano - honorable	<input type="checkbox"/> Hijo de veterano fallecido	<input type="checkbox"/> Cónyuge de veterano fallecido	<input type="checkbox"/> Veterano-otro	<input type="checkbox"/> No status militar		
Proporcionar datos sobre la raza y el origen étnico es opcional, no afecta la elegibilidad ni el monto de los beneficios y se utiliza para asegurar que todos tengan el mismo acceso a los beneficios.								
Etnia (opcional)	<input type="checkbox"/> No de origen Hispano	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Mexicano Americano	<input type="checkbox"/> Chicano/a	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Otro Hispano, Latino o Español	
Raza (opcional)	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano
	<input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Guamo o Chamorro	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái		
Status de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Ciudadano EE.UU.	<input type="checkbox"/> Residente Permanente	<input type="checkbox"/> Otro no ciudadano	Ciudad/Estado/País de Nacimiento				
	Si no es ciudadano de Estados Unidos complete lo siguiente	¿Cuándo entró a Estados Unidos?	I-94 o Registro de Extranjero #	Status de Inmigración				
¿Planea quedarse en CT?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna discapacidad o impedimento?	Si respondió afirmativamente, explique					
Fecha en que se mudó a CT	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

Direcciones anteriores

Sí No Además de las direcciones indicadas anteriormente, ¿fue propietario de algún bien inmueble o tuvo uso vital de alguna propiedad en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indique las direcciones debajo y proporcione copia de los documentos de cierre, escrituras, contratos de alquiler, etc.

Dirección 1	Dirección de la casa	Estado	Fecha de inicio en esta dirección	¿Fueron usted o su cónyuge dueños de esta propiedad?	¿Vivió usted en esta propiedad?
	Ciudad	C.P.	Fecha de fin en esta dirección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección 2	Dirección de la casa	Estado	Fecha de inicio en esta dirección	¿Fueron usted o su cónyuge dueños de esta propiedad?	¿Vivió usted en esta propiedad?
	Ciudad	C.P.	Fecha de fin en esta dirección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección 3	Dirección de la casa	Estado	Fecha de inicio en esta dirección	¿Fueron usted o su cónyuge dueños de esta propiedad?	¿Vivió usted en esta propiedad?
	Ciudad	C.P.	Fecha de fin en esta dirección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Representante Autorizado. Usted puede designar a otras personas para que lo ayuden con su formulario de solicitud y para que lo ayuden a obtener, usar o mantener sus beneficios. Si desea designar a una persona para que lo ayude, complete esta sección. Complete esta sección si desea que otra persona reciba copias de su información médica o de su solicitud.

Representante autorizado general / persona responsable para ayudarme a solicitar todos los programas del DSS (SNAP, médico, dinero en efectivo) y para ayudarme con todos los aspectos del proceso de solicitud y elegibilidad, que incluye informar cambios y recibir notificaciones en mi nombre. Esta persona conoce mis circunstancias lo suficientemente bien como para responder preguntas y actuará en mi mejor interés.

Esta es una: Persona Responsable Institución u Organización Otro _____

Nombre	Teléfono	Correo electrónico
--------	----------	--------------------

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Representante para completar el Medicaid. Solo para ayudarme a completar mi formulario de solicitud de asistencia médica para pagar mi factura médica y/o solicitar una audiencia, si se me niega la asistencia médica.

Nombre	Teléfono	Correo electrónico
--------	----------	--------------------

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

ACUERDO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO: Como representante autorizado, acepto (1) completar y enviar los formularios de solicitud y renovación; (2) recibir copias de los avisos y otras comunicaciones del DSS; y (3) actuar en nombre del solicitante en todos los asuntos relacionados con el DSS. Acepto cumplir con todas estas responsabilidades en la misma medida que la persona que represento, y puedo ser responsable de la información incorrecta que proporcione al DSS mientras actúo como representante autorizado. También acepto mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información que obtenga del DSS sobre la persona.

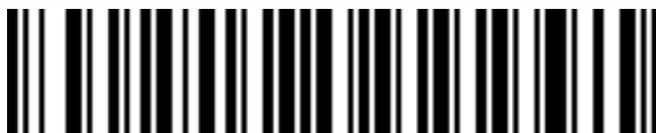
Acepto actuar como representante autorizado hasta que el solicitante le diga al DSS, por escrito o verbalmente, que ya no desea que lo haga, o hasta que yo le diga al DSS, por escrito o verbalmente, que ya no deseo actuar como representante autorizado.

Para un proveedor, miembro del personal o voluntario de una organización (para Medicaid): Afirmo que seguiré las regulaciones en la parte 431, subparte F del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y el 45 CFR 155.260(f) (relacionado con la confidencialidad de la información) y 42 CFR 447.10 (relacionado con la prohibición contra la reasignación de reclamos de proveedores), así como otras leyes estatales y federales relevantes sobre conflictos de intereses y confidencialidad de la información.

Haga que cualquier representante autorizado escriba sus nombres, firme y ponga la fecha debajo.

Nombre completo en letra de imprenta	Firma	Fecha
--------------------------------------	-------	-------

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



Persona 2 Infórmenos sobre su cónyuge, incluso si ya no vive actualmente con usted.

Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo)		ID de Cliente #	
Seguridad Social #		Género	Fecha de Nacimiento
¿Vive esta persona con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo que no, explique.			
Status Militar (marque lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Veterano - honorable <input type="checkbox"/> Hijo de veterano fallecido <input type="checkbox"/> Cónyuge de veterano fallecido <input type="checkbox"/> Veterano-otro <input type="checkbox"/> No status militar			
Proporcionar datos sobre la raza y el origen étnico es opcional, no afecta la elegibilidad ni el monto de los beneficios y se utiliza para asegurar que todos tengan el mismo acceso a los beneficios.			
Etnia (opcional) <input type="checkbox"/> No de origen Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro Hispano, Latino o Español			
Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guamo o Chamorro <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái			
Status de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Ciudadano EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro no ciudadano		Ciudad/Estado/País de Nacimiento	
Si no es ciudadano de E.E.U.U complete lo siguiente		¿Cuándo entró a los Estados Unidos?	I-94 o Registro de Extranjero #
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene esta persona alguna discapacidad o impedimento?		Si respondió afirmativamente, explique	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Le gustaría que esta persona reciba copias de sus avisos del DSS? Si es así, complete la sección de Representante Autorizado en la página 3 de esta solicitud con la información de esta persona. Si no completa esta sección, es posible que esta persona no pueda recibir copias de sus avisos del DSS.			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Planea esta persona quedarse en CT?		Fecha en que se mudó a CT	

Persona 3. Infórmenos sobre los hijos dependientes que actualmente residen en su hogar. Proporcione toda la información que sepa.

Nombre (nombre, inicial, apellido, sufijo)		ID de Cliente #	
Seguridad Social #		Género	Fecha de Nacimiento
¿Cuál es la relación con usted?		¿Vive esta persona con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo que no, explique.	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada viviendo con esposo <input type="checkbox"/> Separada _____ (fecha de separación)		¿Es una separación legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Casada viviendo aparte <input type="checkbox"/> Divorciada _____ (fecha del divorcio) <input type="checkbox"/> Viuda _____ (fecha del fallecimiento)			
Status Militar (marque lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Veterano - honorable <input type="checkbox"/> Hijo de veterano fallecido <input type="checkbox"/> Cónyuge de veterano fallecido <input type="checkbox"/> Veterano-otro <input type="checkbox"/> No status militar			
Proporcionar datos sobre la raza y el origen étnico es opcional, no afecta la elegibilidad ni el monto de los beneficios y se utiliza para asegurar que todos tengan el mismo acceso a los beneficios.			
Etnia (opcional) <input type="checkbox"/> No de origen Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro Hispano, Latino o Español			
Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guamo o Chamorro <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái			



Persona 3 Continúa

Status de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Ciudadano EE.UU.	<input type="checkbox"/> Residente Permanente	<input type="checkbox"/> Otro no ciudadano	Ciudad/Estado/País de Nacimiento		
	Si no es ciudadano de E.E.U.U. complete lo siguiente		¿Cuándo entró a los Estados Unidos?	I-94 o Registro de Extranjero #	Status de Inmigración	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene esta persona alguna discapacidad o impedimento?		Si respondió afirmativamente, explique			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le gustaría que esta persona reciba copias de sus avisos del DSS? Si es así, complete la sección de Representante Autorizado en la página 3 de esta solicitud con la información de esta persona. Si no completa esta sección, es posible que esta persona no pueda recibir copias de sus avisos del DSS.					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Planea esta persona quedarse en CT?	Fecha en que se mudó a CT				

Información del No Ciudadano. Responda estas preguntas si usted o alguien en su hogar no es ciudadano estadounidense.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Algún no ciudadano en el hogar tiene un patrocinador?					
Nombre(s) de los no ciudadanos			Nombre(s) de los patrocinadores			
Relación del patrocinador con usted		¿Vive con el patrocinador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, explique.				
¿Esta trabajando con una agencia de reasentamiento?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si dijo que sí, favor de proporcionar el nombre de su Agencia de Reasentamiento.			

Embarazo. Infórmenos sobre alguien en su hogar que esté embarazada.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está usted o alguien en su hogar embarazada?	Si lo está, ¿quién?	¿Cuántos bebés se esperan?	Fecha de dar a luz
---	---	---------------------	----------------------------	--------------------

Beneficios Pasados. Háblenos sobre cualquier miembro de su hogar que haya recibido ayuda en efectivo, médica o alimentaria de Connecticut u otros estados en los últimos 90 días.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su hogar ha recibido ayuda en efectivo, médica, o de alimentación en los últimos 90 días?				
Tipo de ayuda	Nombre de la persona	Cantidad	Fecha en que la ayuda terminó		
		\$			
		\$			
		\$			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido alguien en su hogar asistencia con dinero para familias desde 1996?	Si lo hay, ¿quién?	¿En qué estado(s)?		

Seguro Médico. Infórmenos sobre cualquier miembro de su hogar que tenga Medicare u otro seguro médico.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene usted o su cónyuge seguro médico o dental? Si es así, complete las tablas a continuación.				
Póliza 1	Titular de la póliza		Compañía aseguradora		Fecha de inicio
	Póliza #	Tipo de cobertura	Prima \$	Con qué frecuencia paga	Fecha Final
Póliza 2	Titular de la póliza		Compañía aseguradora		Fecha de inicio
	Póliza #	Tipo de cobertura	Prima \$	Con qué frecuencia paga	Fecha Final
Póliza 3	Titular de la póliza		Compañía aseguradora		Fecha de inicio
	Póliza #	Tipo de cobertura	Prima \$	Con qué frecuencia paga	Fecha Final



Seguro Médico Continuation

- Sí No ¿Alguna de sus pólizas de seguro indicadas es una póliza de atención a largo plazo aprobada bajo el Programa de la Asociación de Connecticut para Cuidados a Largo Plazo? Si lo es, ¿cuál?
- Sí No ¿Tienen Medicare usted o su esposo? Si lo tiene(n), indíquelo a continuación.

¿Qué tipo de Medicare tiene(n) esta(s) persona(s)? Marque todas las casillas correspondientes.

Persona 1	<input type="checkbox"/> A Fecha de inicio	<input type="checkbox"/> B Fecha de inicio	<input type="checkbox"/> D Fecha de inicio	Prima \$
	Persona en Medicare		Reclamación #	Con qué frecuencia paga
Persona 2	<input type="checkbox"/> A Fecha de inicio	<input type="checkbox"/> B Fecha de inicio	<input type="checkbox"/> D Fecha de inicio	Prima \$
	Persona en Medicare		Reclamación #	Con qué frecuencia paga

Envíe prueba de cualquier seguro médico que haya indicado. Marque la sección "¿Tiene sus documentos de prueba?" en las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

- Tarjetas de seguro médico privado que incluyen Medicare (copia de ambos lados)
- Montos de las primas del seguro médico

Dinero en efectivo, cuentas bancarias y otros activos. Infórmenos sobre dinero en efectivo, cuentas de ahorro, cuentas corrientes u otros activos suyos o de su cónyuge en los últimos 5 años, incluidas acciones, fideicomisos, anualidades, CD, pagarés, bonos, cuentas de inversión y préstamos realizado con derecho a reembolso.

Efectivo	¿Posee este tipo de activos?	Poseedor(es) – Enumérelos todos			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dinero en efectivo a mano \$			
Cuenta de Cheques 1	¿Posee este tipo de activos?	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Cuenta de Cheques 2	¿Posee este tipo de activos?	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Cuenta de Ahorros 1	¿Posee este tipo de activos?	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Cuenta de Ahorros 2	¿Posee este tipo de activos?	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Bonos	¿Posee este tipo de activos?	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Certificado de Depósito 1	¿Posee este tipo de activos?	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre



Dinero en efectivo, cuentas bancarias y otros activos continuación

Certificado de Depósito 2	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
		Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Acciones	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
		Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Fideicomisos	¿Posee usted o es beneficiario de este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) / Beneficiario(s) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
		Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Anualidades	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
		Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Fondos mutuos, tesorería u otros pagarés	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
		Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Cuenta de ahorros médicos	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
		Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Mejorar la Experiencia de Vida (ABLE)	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
		Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Cuentas de Crowdfunding (ej., GoFundMe)	¿Posee usted o es beneficiario de este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) / Beneficiario(s) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
		Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Otra (especifique) _____	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
		Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre
Otra (especifique) _____	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumérelos todos		Nombre del banco o institución	
		Saldo actual \$	Cuenta #	Fecha de apertura	Fecha de cierre

Envíe pruebas de los activos que indicó. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación: · Cuentas de cheques - Estados de cuenta · Cuentas de ahorros - Estados de cuenta · Acciones - Estados de cuentas de corretaje · Anualidades (una copia del contrato de anualidad original, además de los estados de cuenta)



Infórmenos si ha estado involucrado en alguna Comunidad de Jubilados de Cuidados Continuos.

¿Ha pagado alguna tarifa de entrada a una Comunidad de Jubilados de Cuidados Continuos (CCRC)? Sí No

En caso afirmativo, ¿se pueden utilizar las tarifas para pagar su atención? Sí No

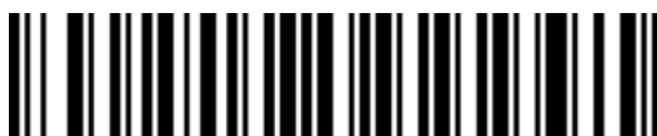
¿Se puede emitir un reembolso al fallecer o al irse de la CCRC? Sí No

Cuentas de Jubilación. Infórmenos sobre las cuentas de jubilación de su hogar, incluidas las cuentas 403B, 457B, 401k, IRA, Roth IRA o Keogh.

IRA	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumere todos	Fecha de apertura
	Nombre del banco o institución	Cuenta #	Saldo actual \$
403B	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumere todos	Fecha de apertura
	Nombre del banco o institución	Cuenta #	Saldo actual \$
457B	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumere todos	Fecha de apertura
	Nombre del banco o institución	Cuenta #	Saldo actual \$
Keogh	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumere todos	Fecha de apertura
	Nombre del banco o institución	Cuenta #	Saldo actual \$
401K	¿Posee este tipo de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poseedor(es) – Enumere todos	Fecha de apertura
	Nombre del banco o institución	Cuenta #	Saldo actual \$

Envíe pruebas de las cuentas de jubilación que indicó. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones para ver ejemplos cuáles copias de documentos debe enviar junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

· Estados de cuenta de jubilación, IRA y Keogh



Propiedad Inmueble. Infórmenos sobre los bienes inmuebles propiedad de cualquier miembro del hogar. Los bienes inmuebles pueden incluir una casa, una casa móvil o un terreno.

Sí No ¿Fue dueño de algún bien inmueble o tuvo uso vital de alguna propiedad en los últimos 5 años o, en efectivo, 2 años? Si respondió afirmativamente, infórmenos a continuación.

Propiedad 1	Poseedor(es) – Enumere todos			¿Es esto un activo comercial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			¿Genera ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Tipo (casa, propiedad alquilada, etc.)	Valor de la Propiedad \$	Cantidad adeudada \$	¿Usó para vivir esta propiedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Propiedad 2	Poseedor(es) – Enumere todos			¿Es esto un activo comercial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			¿Genera ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Tipo (casa, propiedad alquilada, etc.)	Valor de la Propiedad \$	Cantidad adeudada \$	¿Usó para vivir esta propiedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Tiene alguna hipoteca revertida, una línea de crédito con garantía hipotecaria, u otro plan de conversión con garantía hipotecaria en alguno de los anteriores? Si lo tiene, proporcione una copia de la nota y/o del acuerdo de reembolso. Sí No

Envíe prueba de cualquier bien inmueble que haya indicado. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copia junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

- Documentos de hipoteca revertida o línea de crédito con garantía hipotecaria: se requieren estados de cuenta mensuales/trimestrales para revisiones retrospectivas de 24 y 60 meses
- Declaración de Vivienda y Desarrollo Urbano HUD-1
- Documentos de cierre de bienes raíces

Seguro de Vida. Infórmenos sobre las pólizas de seguro de vida de su hogar.

Sí No ¿Tiene algún seguro de vida? Si es así, infórmenos a continuación.

Seguro 1	Tipo de Póliza (seleccione una): <input type="checkbox"/> Seguro de término de vida <input type="checkbox"/> Seguro de vida entera			
	Poseedor(es) - Enumere todos	Póliza #		
	Compañía de Seguros	Beneficio por muerte/valor nominal \$	Valor de rescate en efectivo \$	
Seguro 2	Tipo de Póliza (seleccione una): <input type="checkbox"/> Seguro de término de vida <input type="checkbox"/> Seguro de vida entera			
	Poseedor(es) - Enumere todos	Póliza #		
	Compañía de Seguros	Beneficio por muerte/valor nominal \$	Valor de rescate en efectivo \$	

Envíe prueba de cualquier seguro de vida que haya indicado. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones, para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copia junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

- Declaración anual actual
- Carta actual de la compañía de seguros de vida que muestre el número de la póliza, el valor nominal y el VALOR EN EFECTIVO actual.

Contratos de Entierro y Parcelas. Infórmenos sobre contratos de entierro o parcelas que su hogar haya pagado.

Sí No ¿Posee contratos de entierro o parcelas? Si los tiene, infórmenos a continuación.

Contrato 1	Poseedor(es) - Enumere todos	Designado para		
	Estado donde se emitió el contrato	Nombre de la funeraria o el cementerio		
	Seleccione uno: <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Parcela <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____	Cantidad o valor \$		



Contratos de Entierro y Parcelas. Continuación

Contrato 2	Poseedor(es) - Enumere todos		Designado para		
	Estado donde se emitió el contrato		Nombre de la funeraria o el cementerio		
	Seleccione uno: <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Parcela <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)			Cantidad o valor \$	
Contrato 3	Poseedor(es) - Enumere todos		Designado para		
	Estado donde se emitió el contrato		Nombre de la funeraria o el cementerio		
	Seleccione uno: <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Parcela <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)			Cantidad o valor \$	

Envíe prueba de los contratos de entierro y parcelas que indicó. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

- Contratos de entierro (irrevocables y revocables)
- Escrituras de la parcela de entierro

Vehículos. Háblenos sobre cualquier vehículo que sea propiedad de su hogar. Los vehículos incluyen automóviles, casas móviles, vehículos recreativos (RV), motocicletas, motos de nieve, remolques, camiones, camionetas, botes u otras embarcaciones.

Sí No ¿Posee vehículos? Si los posee, indíquelos a continuación.

Vehículo 1	Poseedor(es) - Enumere todos		Tipo de vehículo		
	Marca	Modelo	Año	Cantidad que adeuda \$	
	¿Lo usa para ir al trabajo o a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Lo usa para ir a citas médicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es esto un activo comercial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Vehículo 2	Poseedor(es) - Enumere todos		Tipo de vehículo		
	Marca	Modelo	Año	Cantidad que adeuda \$	
	¿Lo usa para ir al trabajo o a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Lo usa para ir a citas médicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es esto un activo comercial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Envíe pruebas de los vehículos que indicó. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

- Título
- Matrícula
- Contrato

Demandas y Herencias. Infórmenos si alguien en su hogar tiene alguna demanda o herencia pendiente.

Sí No ¿Alguien en su hogar ha presentado una demanda que aún esté pendiente?

Si la hay, indique quién

Nombre del Abogado

Dirección del Abogado (calle, ciudad, estado, código postal)

Sí No ¿Alguien en su hogar espera recibir una herencia? Si la espera, indique quién

Nombre de la persona fallecida

Cantidad de la herencia \$

Fecha en que la espera

Usted tiene que notificar al DSS dentro de los 10 días posteriores al recibo de una herencia, fideicomiso o acuerdo.



Ventas o transferencias. Infórmenos si alguien en su hogar vendió, intercambió, regaló o transfirió la propiedad de algún activo en el pasado.

Sí No ¿Usted (o su cónyuge) han vendido, intercambiado, donado o transferido alguna propiedad, incluso a un fideicomiso, de un bien inmueble, vehículo motorizado, seguro de vida, acciones, bonos, efectivo u otros activos en los últimos 5 años, o 2 años si solicita efectivo?

Sí No ¿Ha recibido usted (o su cónyuge) activos transferidos a través de un tribunal de sucesiones/tribunales sustitutos dentro o fuera del estado en los últimos 5 años, o 2 años si solicita dinero en efectivo?

Si respondió afirmativamente, complete la tabla debajo por cada activo.

ítem 1	¿Qué fue vendido, transferido, regalado, etc.?		¿A quién?	
	Tipo de transferencia <input type="checkbox"/> Vendido <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Cerrado		Fecha de cierre, venta, transferencia o regalo.	Cantidad / valor \$
ítem 2	¿Qué fue vendido, transferido, regalado, etc.?		¿A quién?	
	Tipo de transferencia <input type="checkbox"/> Vendido <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Cerrado		Fecha de cierre, venta, transferencia o regalo.	Cantidad / valor \$
ítem 3	¿Qué fue vendido, transferido, regalado, etc.?		¿A quién?	
	Tipo de transferencia <input type="checkbox"/> Vendido <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Cerrado		Fecha de cierre, venta, transferencia o regalo.	Cantidad / valor \$
ítem 4	¿Qué fue vendido, transferido, regalado, etc.?		¿A quién?	
	Tipo de transferencia <input type="checkbox"/> Vendido <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Cerrado		Fecha de cierre, venta, transferencia o regalo.	Cantidad / valor \$
ítem 5	¿Qué fue vendido, transferido, regalado, etc.?		¿A quién?	
	Tipo de transferencia <input type="checkbox"/> Vendido <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Cerrado		Fecha de cierre, venta, transferencia o regalo.	Cantidad / valor \$
ítem 6	¿Qué fue vendido, transferido, regalado, etc.?		¿A quién?	
	Tipo de transferencia <input type="checkbox"/> Vendido <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Cerrado		Fecha de cierre, venta, transferencia o regalo.	Cantidad / valor \$
ítem 7	¿Qué fue vendido, transferido, regalado, etc.?		¿A quién?	
	Tipo de transferencia <input type="checkbox"/> Vendido <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Cerrado		Fecha de cierre, venta, transferencia o regalo.	Cantidad / valor \$
ítem 8	¿Qué fue vendido, transferido, regalado, etc.?		¿A quién?	
	Tipo de transferencia <input type="checkbox"/> Vendido <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Cerrado		Fecha de cierre, venta, transferencia o regalo.	Cantidad / valor \$



Ventas o transferencias Continúa

Si solicita ayuda para pagar los cuidados en un centro de enfermería, enfermedad crónica o atención domiciliaria comunitaria y ha transferido activos en los últimos 5 años, responda lo siguiente:

¿Vivió con la persona a quien le transfirió los activos sin interrupción por un período de al menos 2 años que impidió su institucionalización? Sí No

¿Qué actividades de la vida diaria usted era capaz de hacer por su cuenta durante este tiempo?

Bañarse Caminar Ir al baño Mantener de el incontinencia
 Apósito Alimentarse Acicalarse Desplazarse

Si usted no podía hacer nada de lo antes indicado, ¿quién lo ayudaba a hacerlo?

Durante estos dos años, ¿trabajaba la persona a quien le transfirió los activos? Sí No

Si es afirmativo, ¿cuántas horas/días por semana? _____

Si es afirmativo, ¿quién se quedaba en la casa con usted cuando esa persona estaba trabajando? _____

¿Estuvo involucrada alguna Agencia de Cuidados en el Hogar? Sí No

Si es afirmativo, ¿cuál agencia? _____

¿Cuántas horas por semana? _____

¿Qué fondos se usaron para pagar estos cuidados? _____

Proporcione récords médicos, como notas de la oficina de médicos, resultados de pruebas, resúmenes del alta en el hospital, etc. durante el período de tiempo anterior para verificar la condición médica del solicitante.

Cualquier transferencia o cesión de activos realizada en los últimos cinco años, o dos para aplicaciones en efectivo, puede resultar en la imposición de un período de penalización. Se presume que cualquier transferencia de este tipo se realizó con la intención, por parte de quien lo cedió o la persona que aceptó la transferencia, de calificar para el pago de Medicaid de los beneficios de atención a largo plazo, o si solicita dinero en efectivo, el pago de beneficios bajo ese programa. Tal transferencia crea una deuda con el DSS que la adeuda quien transfirió o quien recibió la transferencia, por el monto de la asistencia proporcionada al cedente o en nombre del cedente. El DSS y el Fiscal General pueden buscar compensación, según lo permitido por la ley, para recuperar dichos montos.

Es un traspaso fraudulento contra el Estado ceder, transferir o disponer de otra manera de propiedad, por menos del valor justo de mercado, a alguien que sabe (1) que el propósito del traspaso es calificar para asistencia pública; o (2) que la transferencia dejará a la persona que la realiza sin los medios suficientes para mantenerse a sí misma de manera digna. El DSS puede solicitar al tribunal que anule la transferencia y recupere el costo de cualquier asistencia que se le haya brindado a la persona que realizó la transferencia o para recuperarla.

He revelado todas las transferencias o asignaciones realizadas en los últimos cinco o dos años para solicitudes de efectivo y entiendo que, si tales transferencias se realizaron o se hacen, incluso en parte, con el propósito de calificar para beneficios de atención a largo plazo de Medicaid o dinero en efectivo, el Estado tiene derecho a solicitar el pago de la deuda, si el Estado tiene que pagar algún beneficio en mi nombre.

X _____ Fecha _____

(Firma del Solicitante o Representante)

X _____ Fecha _____

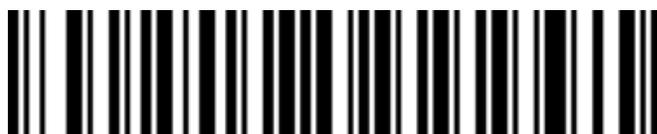
(Firma del Abogado (si la persona recibió la ayuda de un abogado))

Envíe comprobantes de las ventas o transferencias que haya indicado. Marque la sección "¿Tiene sus documentos de prueba?" de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud.

Necesidades especiales. Responda lo siguiente si usted o su cónyuge están solicitando ayuda en efectivo y son ciegos, discapacitados o tienen 65 años o más.

Solo complete esta sección si está solicitando dinero en efectivo.

¿Necesitan ropa usted o su cónyuge? Sí No Si respondió afirmativamente, ¿quién? _____



Anualidades y Su Elegibilidad para Recibir Servicios Médicos de Atención a Largo Plazo

Usted o su cónyuge han solicitado ayuda para pagar los servicios de cuidados a largo plazo o atención domiciliaria. El departamento necesita saber si usted o su cónyuge tienen anualidades. Si no nos informa sobre las anualidades que usted o su cónyuge poseen, no será elegible para recibir ayuda con el costo de su atención a largo plazo. El Estado de Connecticut será el beneficiario restante de las anualidades que usted o su cónyuge tengan.

Una anualidad es una herramienta financiera que puede generar ingresos ya sea anualmente o en intervalos regulares, según los términos del contrato de anualidad. Debe informar al departamento sobre las anualidades que usted o su cónyuge puedan tener. El departamento analiza las anualidades que usted o su cónyuge puedan poseer para ver si la persona es elegible para recibir servicios médicos de atención a largo plazo.

La Ley de Reducción del Déficit de 2005 realizó cambios en la forma en que el Departamento de Servicios Sociales considera los activos cuando determinamos la elegibilidad para nuestros programas. Cuando recibe ayuda con los costos del hogar de ancianos o el costo de los servicios médicos a largo plazo en la comunidad, el Departamento de Servicios Sociales se convierte en el beneficiario restante preferido de cualquier anualidad comprada a partir del 8 de febrero de 2006. Si tiene un cónyuge o un hijo menor de edad o discapacitado que se nombra como beneficiario, el Estado pasará a ser beneficiario en segundo lugar.

Nosotros no le pediremos que cambie de beneficiario hasta que le otorguemos asistencia. Una vez que se le haya otorgado la asistencia, tendrá treinta días a partir de la fecha en que se le otorgue la asistencia para enviarnos una prueba de que el beneficiario ha sido cambiado. Si no cambia de beneficiario dentro de los treinta días, tomaremos medidas para suspender el pago de los servicios médicos de atención a largo plazo. No perderá estos beneficios si tiene una buena razón para no hacer lo que le pedimos.

También requerimos que el emisor de una anualidad nos notifique de cualquier cambio en la forma en que se distribuyen los ingresos de la anualidad o cualquier cambio en el capital de la anualidad. Finalmente, el emisor puede compartir información sobre la posición del Departamento de Servicios Sociales como un beneficiario restante con otros que tengan un interés restante en la anualidad.

Con la firma de este documento, usted declara que comprende cómo el departamento trata las anualidades y que acepta cooperar para garantizar que el Departamento de Servicios Sociales aparezca como el beneficiario restante preferido en las anualidades correspondientes.

Complete la información que aparece a continuación, firme y escriba la fecha.

Yo tengo al menos una anualidad. Mi cónyuge tiene al menos una anualidad. Mi cónyuge y yo no tenemos anualidades.

Firma del Solicitante, Representante Autorizado, Curador, o Representante Legal

Fecha

Esta información está disponible en formatos alternativos. Teléfono (800) 842-1508 o TDD/TTY (800) 842-4524.

Ingresos por Empleo. Infórmenos sobre los ingresos laborales de su hogar, incluidos todos los trabajos realizados por cualquier miembro del hogar en los últimos 3 meses. Ingresos de trabajo significan sueldos, salarios, propinas y comisiones. Adjunte otra página si es necesario.

Sí No ¿Recibe usted o su cónyuge algún ingreso por trabajo? Si es así, indíquelo a continuación.

Empleo 1	Nombre de la persona que trabaja		Empleador / nombre de la compañía		
	Nombre y cargo del contacto en la empresa			Teléfono del Empleador	
	Dirección del Empleador (calle, ciudad, estado, código postal)				Fecha de inicio
	¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra		Ingreso bruto por período de pago (antes de los impuestos y deducciones) \$	Horas trabajadas por semana	Tasa por hora
Empleo 2	Nombre de la persona que trabaja		Empleador / nombre de la compañía		
	Nombre y cargo del contacto en la empresa			Teléfono del Empleador	
	Dirección del Empleador (calle, ciudad, estado, código postal)				Fecha de inicio
	¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra		Ingreso bruto por período de pago (antes de los impuestos y deducciones) \$	Horas trabajadas por semana	Tasa por hora

Envíe prueba de los ingresos laborales que haya indicado. Marque la sección "¿Tiene sus documentos de prueba?" de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

· Últimos cuatro recibos de pagos



Ingresos por Trabajo por Cuenta Propia. Infórmenos sobre los ingresos del trabajo por cuenta propia actual o del trabajo por cuenta propia que terminó en los últimos 90 días. Si informa algún ingreso de trabajo por cuenta propia o negocio personal, debe proporcionarnos copias de todos los anexos de su formulario 1040 del IRS.

Sí No ¿Recibe usted o su cónyuge algún ingreso de trabajo por cuenta propia o de su negocio personal?

Poseedor(es) - Enumere todos		Dirección del negocio (ciudad, estado, código postal)	
Nombre del Negocio		Tipo de Negocio	
Fecha de inicio del trabajo por cuenta propia	Fecha en que terminó el trabajo por cuenta propia	Promedio mensual bruto de ingresos antes de impuestos \$	Horas trabajadas por semana

Envíe pruebas de cualquier ingreso de trabajo por cuenta propia que haya indicado. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

· Declaraciones de impuestos trimestrales · Declaraciones de impuestos por cuenta propia

Pérdida de Empleo

Sí No ¿Alguien ha perdido un empleo, ha cambiado de trabajo, ha dejado un empleo, o ha tenido una reducción de las horas de trabajo en los últimos 120 días?

Si lo hubo, indique quién	¿Qué trabajo?	Fecha del último pago
¿Qué pasó y por qué?		Fecha en que terminó el trabajo o se redujeron las horas

Otros Ingresos. Infórmenos sobre los ingresos que obtiene de otras fuentes, tales como: beneficios por discapacidad, pagos de compensación a trabajadores, beneficios por desempleo, pensiones, Seguridad Social, ingresos por jubilación, beneficios para veteranos, pagos de manutención de niños, cuidado de crianza o subsidios por adopción, o ingresos por alquiler.

Sí No ¿Tiene usted o alguien en su hogar alguna otra fuente de ingresos?

Tipo de beneficio o ingresos	¿Recibe ingresos o beneficios?	Nombre de la persona con los ingresos	Reclamación #	Fecha inicial	Fecha final	¿Con qué frecuencia?	Cantidad
SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
SSDI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
SSA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Beneficios de Jubilación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Pensión 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Pensión 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Pensión 3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Distribución de la cuenta de jubilación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$



Otros Ingresos. Continuación

Tipo de beneficio o ingresos	¿Recibe ingresos o beneficios?	Nombre de la persona con los ingresos	Reclamación #	Fecha inicial	Fecha final	¿Con qué frecuencia?	Cantidad
Beneficio de VA - Ayuda y asistencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Otros Beneficios del VA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Anualidad del servicio civil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Número de reclamación de beneficios de jubilación ferroviaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Compensación al Trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Beneficios por Discapacidad/ Enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Beneficios sindicales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Beneficios por Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Cantidades en efectivo de suma global	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Ingresos por alquiler	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Acuerdo de liquidación legal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Ingresos por Sociedades, LLC o regalías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						\$

Envíe prueba de cualquier otro ingreso que haya indicado. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

- Seguridad Social
- Retiro ferroviario
- Pensiones de VA
- Pensión privada



Otras solicitudes de beneficios. Infórmenos sobre otros beneficios que los miembros del hogar hayan solicitado, pero que actualmente no reciben. Los otros beneficios pueden incluir: beneficios de Seguridad Social (incluidos SSI o SSDI), compensación por desempleo, pensiones, pagos por discapacidad, beneficios de VA o compensación a trabajadores.

Sí No ¿Ha solicitado usted o alguien en su hogar algún beneficio (que actualmente no reciba)? Si es así, indíquelo a continuación.

Complete la tabla debajo con detalles acerca de cualquier beneficio que usted o su cónyuge hayan solicitado y marcado anteriormente.

Tipo de Beneficio	¿Lo solicitó?	Nombre del persona solicitante	Fecha de inicio (si la sabe)
Beneficios por Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ingresos del Extranjero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Jubilación Ferroviaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
SSA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Jubilación anticipada de SSA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
SSD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Compensación por Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Beneficio del VA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Compensación del Trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Compensación del Trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Con la excepción de SSI, el Departamento puede exigirle que solicite cualquier beneficio para el que sea potencialmente elegible.

Envíe prueba de cualquier otra solicitud de beneficios que haya indicado. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

· Prueba de haber solicitado dicho beneficio

Gastos por Cuidado de Dependientes. Infórmenos sobre los gastos que paga su hogar por el cuidado de niños, de un adulto mayor o una persona discapacitada.

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



Gastos por Cuidado de Dependientes. Continuación

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

Envíe prueba de los gastos por cuidados de dependientes que haya indicado. Marque la sección “**¿Tiene sus documentos de prueba?**” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud.

Gastos Médicos. Infórmenos sobre cualquier gasto médico en que el hogar haya incurrido dentro de los seis meses (180 días) de la solicitud. Los gastos médicos pueden incluir: facturas del médico o del hospital, facturas dentales, recetas, copagos, primas de seguro médico, equipo médico, costos de anteojos y medicamentos/suplementos de venta libre, costos relacionados con un animal de servicio o costos para un asistente de salud o ayudante.

Sí **No** ¿Ha tenido gastos médicos en los últimos seis meses? Si los ha tenido, indíquelos a continuación.

Nombre de la persona con los gastos	Tipo de gasto	Fecha de servicio	Cantidad que adeuda	¿Con qué frecuencia paga?	¿Pagó la factura?
	Gastos médicos o dentales		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente
	Seguro de Salud prima 1		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente
	Seguro de Salud prima 2		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente
	Otro (especifique)		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente

Envíe comprobantes de los gastos médicos que ha indicado. Marque la sección “**¿Tiene sus documentos de prueba?**” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

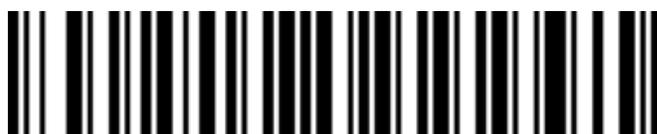
· Facturas médicas no pagadas de los últimos 6 meses

Gastos de Alojamiento. Infórmenos sobre los costos de vivienda que su hogar es responsable de pagar, tales como: pagos del alquiler o hipoteca, tarifas del condominio, alojamiento y comida, impuestos a la propiedad y seguro de propietario. Responder estas preguntas puede ayudarlo a obtener la mayor cantidad de beneficios posibles.

	Gasto 1	Gasto 2	Gasto 3
Nombre de la persona con los gastos			
Tipo de gasto			
Monto de los gastos	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia paga?			
Si alquila, ¿está subsidiado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si lo está, ¿qué clase de subsidio es?			
¿Vive usted en una vivienda pública?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

· Envíe prueba de los gastos de vivienda que ha indicado. Marque la sección “**¿Tiene sus documentos de prueba?**” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

· Facturas de servicios públicos · Facturas del alquiler · Facturas hipotecarias · Factura mensual de la prima del seguro de propietario



Gastos de Servicios Públicos. Infórmenos sobre los costos de servicios públicos que su hogar es responsable de pagar, tales como: calefacción, aire acondicionado, electricidad, gas, agua, alcantarillado, basura o teléfonos. Responder estas preguntas puede ayudarlo a obtener la mayor cantidad de beneficios posibles.

Sí No ¿Paga usted la calefacción o el aire acondicionado separado de los gastos de la vivienda?

Sí No ¿Paga una tarifa adicional al propietario por la calefacción o el aire acondicionado?

Sí No ¿Ha recibido el hogar pagos de asistencia de energía en el último año?

Complete la siguiente sección si respondió negativamente a las tres preguntas enumeradas anteriormente. ¿Paga usted por alguno de los siguientes servicios públicos por separado de sus gastos de vivienda? (Marque todo lo que corresponda.) Incluya los gastos de servicios públicos que no forman parte del alquiler o la hipoteca.

Tipo	Cantidad	Frecuencia	¿A quién se lo pagó?
<input type="checkbox"/> Alcantarillado/ fosa séptica	\$		
<input type="checkbox"/> Agua	\$		
<input type="checkbox"/> Butano	\$		
<input type="checkbox"/> Electricidad	\$		
<input type="checkbox"/> Gas	\$		
<input type="checkbox"/> Teléfono	\$		
<input type="checkbox"/> Madera	\$		
<input type="checkbox"/> Carbón	\$		
<input type="checkbox"/> Basura	\$		
<input type="checkbox"/> Otro combustible	\$		

Envíe comprobantes de los gastos de servicios públicos que ha indicado. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

- Facturas mensuales de servicios públicos

Gastos Relacionados con el Trabajo. Estos pueden incluir el costo de herramientas o materiales necesarios para el trabajo, cuotas sindicales obligatorias, instalación y mantenimiento de equipos, FICA, seguro de vida o de salud, planes de jubilación obligatorios y cualquier gasto relacionado con el trabajo por cuenta propia.

	Gasto 1	Gasto 2	Gasto 3
Nombre de la persona con los gastos			
Tipo de gasto			
Monto del gasto	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia paga?			
Fecha en que comenzó el gasto			

Envíe comprobantes de cualquier gasto relacionado con el trabajo que ha indicado. Marque la sección “¿Tiene sus documentos de prueba?” de las instrucciones para ver ejemplos de cuáles documentos debe enviar copias junto con su solicitud. Algunos ejemplos a continuación:

- Recibos de herramientas o materiales requeridos
- Cuotas sindicales obligatorias
- Cuotas obligatorias del plan de jubilación



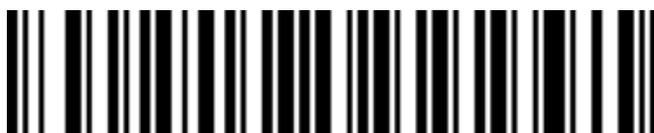
ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Yo soy responsable de informar cambios en mi situación al DSS. Debo informar los cambios dentro de los 10 días. Ejemplos de cambios en mi situación son cambios en mis ingresos, bienes, dirección, primas de seguro médico o muerte de un cónyuge.
- Entiendo que yo no venderé, cederé, transferiré, gravaré ni dispondré de ninguna propiedad sin el consentimiento del Comisionado de Servicios Sociales. Además, entiendo que cualquier venta, cesión, transferencia, gravamen u otra disposición de propiedad hecha sin el consentimiento del Comisionado es nula y no tiene efecto legal; puede resultar en mi no elegibilidad para recibir asistencia por un periodo de tiempo; y que cualquier persona o entidad que reciba el producto de cualquier venta, cesión, transferencia, gravamen u otra disposición de propiedad realizada sin el consentimiento del Comisionado puede estar sujeta a un reclamo por parte del Estado de Connecticut para el reembolso del monto de la asistencia que me pagaron.
- Yo puedo solicitar una audiencia por escrito si no estoy de acuerdo con una acción tomada en mi caso.
- Yo doy voluntariamente la información pedida en esta solicitud. Si no doy cierta información, mi solicitud puede ser denegada.
- Toda la información que proporcione en este formulario está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. Cooperaré con estos funcionarios proporcionando los documentos necesarios para probar lo que he declarado. Autorizo al DSS a verificar cualquier información proporcionada en este formulario para asegurarse de que sea verdadera.
- Toda la información que proporcione en este formulario, incluidos los números de Seguridad Social, es confidencial, excepto según lo autorice o exija la ley estatal o federal, y el DSS solo la utilizará para administrar el programa de asistencia médica.
- Cualquier información que proporcione en este formulario, incluidos los números de Seguridad Social, se utilizará para verificar la identidad y la elegibilidad, y se compararán por computadora con los archivos del gobierno federal, estatal y local.
- El DSS utilizará la información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) para procesar mi solicitud de asistencia. Esta información proviene del Departamento de Trabajo, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos (IRS), así como de otras agencias cuando lo permite la ley. El DSS puede verificar la información que recibe poniéndose en contacto con otras fuentes, como bancos y empleadores. Los resultados de dicha verificación pueden afectar mi elegibilidad y el nivel de beneficios.
- Doy permiso al DSS para que divulgue información sobre mí con fines directamente relacionados con la administración de los programas del DSS. Los propósitos directamente relacionados con la administración de los programas del departamento incluyen, entre otros, establecer la elegibilidad, determinar la cantidad de asistencia, brindar servicios, y la investigación, enjuiciamiento o procedimientos civiles relacionados con la administración de los programas del departamento.
- Cooperaré con el personal estatal y federal que realice Revisiones de Control de Calidad.
- Declaro que soy ciudadano/a de los Estados Unidos o, en caso de que no lo sea, que la información que proporcioné sobre mi condición de no ciudadano es verdadera.
- Autorizo al DSS a verificar cualquier información relacionada con mi condición de no ciudadano con el Departamento de Seguridad Nacional. También entiendo que el Departamento de Seguridad Nacional NO PUEDE usar el hecho de que yo solicité ayuda con el DSS como base para negar mi admisión a Estados Unidos, dañar mi status de residente permanente o deportarme.

Si firmo en nombre del solicitante, yo soy el: curador, tutor, apoderado o representante autorizado ya asignado, y he adjuntado la documentación de respaldo. Si desea designar a un representante autorizado, consulte la página 3.

Escriba su nombre completo o el de su representante	Firma	Fecha
Escriba el nombre completo de cualquier otro solicitante adulto	Firma	Fecha

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



9ghUdz[]bUgY\ UXY'UXc `Yb `V`UbVt']bhYbV]cbUa YbhY"





W-0016RRS
(Rev. 1/23)

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios Sociales

Derechos y Responsabilidades

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 SNAP, yo notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) dentro de los 10 días de cualquier cambio en los ingresos, activos, o arreglos de vivienda.

Yo puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con alguna acción tomada en mi caso. Las solicitudes de audiencia deben hacerse por escrito para todos los programas, excepto SNAP. Las solicitudes para una audiencia de SNAP también pueden hacerse por teléfono. Usted puede representarse a sí mismo/a en una audiencia, o traer a un abogado, pariente, amigo u otra persona que lo represente.

Toda la información entregada en los formularios está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. Yo cooperaré con estos funcionarios proporcionándoles autorizaciones, documentos y otras pruebas para comprobar lo que he dicho. Autorizo al DSS a verificar (comprobar) cualquier información dada en los formularios que envío.

Toda la información escrita en los formularios, incluyendo los números de Seguridad Social, es confidencial, excepto como lo permita o requiera una orden judicial, o las leyes estatales o federales. Con ciertas excepciones, sólo se utilizará para administrar los programas del DSS. Si el DSS cree que hay algún peligro inminente para la salud, la seguridad o el bienestar de un niño o 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 el Medicaid, el DSS dará mi dirección a un funcionario de cumplimiento de la ley para localizarme, si estoy huyendo para evitar un enjuiciamiento o custodia por ciertos crímenes o por violar una condición de libertad condicional por ciertos delitos, o si tengo información de que un funcionario de cumplimiento de la ley necesita hacer su trabajo en relación con ciertos delitos.

El DSS puede revelar información sobre mí y sobre otros miembros de mi familia o de mi hogar que estén recibiendo beneficios, para propósitos directamente relacionados con la administración de los programas del DSS. Los propósitos directamente relacionados con la administración de los programas del DSS incluyen, entre otros: establecer la elegibilidad, determinar la cantidad de ayuda, proporcionar servicios, y para investigaciones, enjuiciamientos o procedimientos civiles relacionados con la administración de los programas del DSS.

El DSS puede revelar a sus contratistas información confidencial del Departamento del Trabajo concerniente al beneficio de compensación por desempleo e información trimestral del salario de cualquier miembro del hogar que solicite asistencia, para determinar y revisar la elegibilidad para recibir asistencia de SNAP, SAGA, TFA y Suplementaria Estatal.

El Estado puede verificar la información que recibe sobre los pagos de manutención de niños que se hacen al Estado a nombre de mi hijo/a, con la Oficina de Cumplimiento de Manutención de Niños (BCSE). Si hago una declaración falsa o engañosa, podría estar sujeto/a a sanciones civiles o penales.

Yo autorizo al DSS a verificar cualquier información sobre el estado de no ciudadano de alguien con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS). Entiendo que el DSS no compartirá la información proporcionada en este formulario con USCIS. También entiendo que USCIS no puede usar este formulario de solicitud para negar la entrada a Estados Unidos, dañar el estado de residente permanente, deportarme, o deportar a alguien para quien yo esté haciendo la solicitud. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de beneficios.

Yo colaboraré con el personal estatal y federal en las Revisiones de Control de Calidad.

DSS puede revelar información sobre mí y sobre otros miembros de mi familia o de mi hogar que reciben beneficios del DSS para identificar otros servicios o beneficios para los que pueda ser elegible, o para verificar mi elegibilidad para dichos servicios o beneficios. DSS puede compartir esta información con: (1) agencias gubernamentales estatales como el Departamento de Salud Pública para ver si puedo ser elegible para el programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC), la Oficina de la Primera Infancia para ver si puedo ser elegible para asistencia de cuidado infantil, o el Departamento de Servicios de Ingresos para ver si puedo ser elegible para créditos fiscales; (2) compañías de servicios públicos para ver si soy elegible para el estado de dificultad o las tarifas de descuento; y (3) organizaciones sin fines de lucro que se asocian con el estado para ofrecer servicios como SimplifyCT con el fin de proporcionar asistencia gratuita para la preparación de impuestos. Si bien las entidades que reciben información del DSS pueden no estar cubiertas por ciertas leyes federales de confidencialidad, entiendo que el DSS solo divulgará la cantidad mínima de información necesaria para identificar los servicios o beneficios para los que pueda ser elegible o para verificar mi elegibilidad para dichos servicios o beneficios, y que el DSS prohíbe que estas entidades vuelvan a divulgar, vender o usar mi información para cualquier otro propósito. Puedo decirle al DSS que no comparta mi información con estas entidades en ningún momento yendo a <https://portal.ct.gov/dssout>, que será efectiva de inmediato, excepto en la medida en que la información haya sido compartida anteriormente. Si le digo al DSS que no comparta mi información, no tendrá ningún efecto en mi elegibilidad para ningún programa o beneficio del DSS.

Yo autorizo al DSS a verificar cualquier información sobre el estado de no ciudadano de alguien con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS). Entiendo que el DSS no compartirá la información proporcionada en este formulario con USCIS. También entiendo que USCIS no puede usar este formulario de solicitud para negar la entrada a Estados Unidos, dañar el estado de residente permanente, deportarme, o deportar a alguien para quien yo esté haciendo la solicitud. La información recibida de USCIS puede afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de beneficios.

Cualquier información que yo dé en los formularios, incluyendo los números de Seguridad Social, se usará para verificar la identidad y elegibilidad de aquellas personas en mi hogar que van a recibir beneficios. Las personas que viven conmigo pero no están solicitando beneficios, no necesitan dar sus números de Seguridad Social, pero si están dispuestos a hacerlo, entonces pueden acelerar el proceso de solicitud. Los números de Seguridad Social serán comparados con los archivos federales, estatales y locales del gobierno por computadora. El DSS puede solicitar los números de Seguridad Social basados en los siguientes estatutos: para SNAP, la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente la Ley de Cupones para Alimentos), 7 USC §§ 2011-2036; 7 USC § 2025(e)(1) y 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(4); para 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 Ancianos, Ciegos e Incapacitados, 42 USC §§ 1320b-7(a)(1) y (b)(5); para SAGA, la Ley de Reforma Tributaria de 1976, 42 USC § 405(c)(2)(C)(i); para todos los programas excepto SAGA, las Leyes Gen. de Conn. § 17b-77.

El DSS utilizará la información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, por las siglas en inglés) y a través del Directorio Nacional de Nuevas Contrataciones para determinar mi elegibilidad y beneficios. Esta información provendrá del Departamento del Trabajo, la Administración de Seguridad Social, el Servicio de Rentas Internas, y otras agencias permitidas por la ley. El DSS puede comprobar la información que recibe 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 beneficios.



Guarde esta página 1 para sus registros
No devuelve este formulario a DSS



W-0016RRS
(Rev. 1/23)

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios Sociales

Derechos y Responsabilidades

Para Todos los Programas (cont.)

Dar la información solicitada en los formularios es voluntario. Sin embargo, si no doy cierta información, los beneficios o servicios pueden ser denegados. Para SNAP, si no informo o compruebo cualquiera de los gastos enumerados, el DSS tratará esto como una declaración de que yo no quiero recibir una deducción por el gasto no declarado.

Yo colaboraré con el personal estatal y federal en las Revisiones de Control de Calidad.

Para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)

Yo entiendo que el DSS administra el SNAP y que el DSS tiene 30 días a partir de la fecha de solicitud para procesarlo.

Yo notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) antes del día 10 del mes siguiente al mes en que mis ingresos aumenten por encima del 130% del nivel federal de pobreza para el tamaño de mi familia, cuando las horas de trabajo/capacitación de Adultos Aptos para Trabajar y sin Dependientes (ABAWD) disminuyen por debajo de 80 horas por mes o un promedio de 20 horas por semana, o cuando un miembro del hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar que exceden los \$4,250 de un solo juego.

Si quiebro a propósito alguna de las reglas, me pueden prohibir recibir SNAP entre un año y permanentemente, puedo recibir una multa hasta de \$250,000, y/o hasta 20 años de encarcelamiento. También puedo estar sujeto a un proceso judicial bajo otras leyes federales y estatales aplicables, y también me pueden prohibir recibir SNAP por 18 meses adicionales, si el tribunal lo ordena.

Mi solicitud o renovación y el recibo de mis beneficios de SNAP es una inscripción para un trabajo para mí y para todos los miembros de mi unidad de asistencia de SNAP, en edades comprendidas entre 16 y 59 años, que no están exentos.

Los solicitantes de empleo deben aceptar una oferta de trabajo a un salario igual al más alto salario mínimo federal o estatal, a menos que el trabajo no sea adecuado; proporcionar el estado del empleo o dar información sobre disponibilidad para trabajar con previa solicitud; y presentarse a un empleador si es referido por el DSS, un contratista del DSS o el Departamento de Trabajo de Connecticut, a menos que el empleo no sea adecuado. Quienes se inscriben para un trabajo no pueden renunciar voluntariamente a un empleo, ni reducir las horas de trabajo sin una buena causa, si están trabajando al menos 30 horas a la semana.

El incumplimiento de los requisitos de trabajo sin una buena causa puede resultar en las siguientes sanciones: 1ra violación: descalificado para recibir los beneficios de SNAP por 3 meses o hasta la fecha de cumplimiento; 2da violación y violaciones adicionales: descalificado por 6 meses o hasta la fecha de cumplimiento.

Si quiebro una regla de SNAP a propósito o si me declaran culpable de comprar con SNAP un producto en un envase con depósito de devolución con la intención de obtener dinero desechando el producto y devolviendo el envase cambiándolo por efectivo, no soy elegible para obtener SNAP. La primera vez que quiebre una regla no podré obtener SNAP durante un año. La segunda vez no podré obtener SNAP durante dos años. La tercera vez no podré obtener SNAP nunca más.

Si me encuentran culpable de traficar beneficios de SNAP por \$500 o más, no podré obtener SNAP nunca más. Traficar con beneficios de SNAP significa venderlos en lugar de usarlos para comprar alimentos.

No se me permite usar, ni tener en mi poder una tarjeta EBT que no sea la mía (a menos que yo sea un comprador autorizado de SNAP), ni permitir que otros usen mi tarjeta (a menos que sea un comprador autorizado de SNAP).

Si me declaran culpable de comprar o intercambiar una sustancia controlada, o recibir beneficios SNAP como pago por una sustancia controlada, la primera vez que quiebre esta regla no podré obtener SNAP durante 24 meses, y la segunda vez no podré obtener más SNAP.

Si me hallan culpable de comprar o intercambiar armas de fuego, municiones o explosivos, o recibir beneficios de SNAP como pago por armas de fuego, municiones o explosivos, no podré obtener SNAP nunca más.

Si soy declarado culpable de asesinato, abuso sexual agravado, explotación sexual y otros abusos de niños, agresión sexual o delito sustancialmente similar, no podré obtener SNAP nunca más.

Si uso indebidamente una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), es posible que no reciba más SNAP. También me pueden multar hasta \$250,000 o encarcelarme hasta 20 años, o ambos. El mal uso de una tarjeta EBT significa alterar, vender o intercambiar una tarjeta, usar la tarjeta de otra persona sin permiso, o intercambiar beneficios.

No se me permite comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos, ni comprar alimentos a crédito. Entiendo que esto es un mal uso intencional de una tarjeta EBT y podría resultar en una descalificación.

Si hago una declaración falsa sobre la identidad o la dirección mía o de los miembros de mi hogar para obtener más de un beneficio de SNAP durante el mismo período, no podré obtener SNAP durante 10 años.

Si surge un reclamo de SNAP contra mi hogar, la información en los formularios que yo presento ante el DSS, incluyendo todos los números de Seguro Social, puede ser referida a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de reclamo de cobros para la acción de cobro de reclamos.

El Estado debe procesar las solicitudes de SNAP de acuerdo con los procedimientos de SNAP, incluyendo los requerimientos de puntualidad, notificación y Audiencia Imparcial. A un hogar no se le pueden negar los beneficios de SNAP únicamente porque se le hayan negado los beneficios de otros programas.

Tus Derechos

Usted tiene derecho a:

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

Pedir a adulto que conoce su situación que presente la solicitud en lugar suyo, si usted no puede ir a la oficina local del DSS;

Obtener sus beneficios de SNAP dentro de los 30 días posteriores a su solicitud, si cumple con los requisitos de elegibilidad;

Conseguir el SNAP en un plazo de 7 días si tiene una necesidad inmediata y reúne los requisitos para recibir un servicio más rápido;

Recibir información por anticipado si el DSS va a disminuir o cancelar sus beneficios durante su periodo de certificación debido a un cambio en su situación;

Ver el expediente de su caso y recibir una copia de los reglamentos del SNAP; y

Tener una audiencia administrativa si cree que las normas no se han aplicado correctamente en su caso. En una audiencia administrativa, usted puede explicar a un funcionario de la audiencia por qué no está de acuerdo con lo que ha hecho el DSS.



Guarde esta página 2 para sus registros
No devuelve este formulario a DSS



W-0016RRS
(Rev. 1/23)

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios Sociales

Derechos y Responsabilidades

Para Jobs First / Dinero TFA

Yo, y todos los demás miembros del hogar de Jobs First/TFA a quienes se les pida que lo hagan, deben participar en los Servicios de Empleo a menos que exista una exención para esa persona.

El DSS puede realizar una visita al hogar sin haberla programado.

A mi pariente legalmente responsable se le puede facturar para que le pague al Estado por el efectivo que me pagó.

Si yo a sabiendas doy información falsa (errónea) al DSS sobre mí o sobre alguien para quien yo esté solicitando obtener beneficios de Jobs First/TFA, o para recibir una cantidad equivocada de dinero, no recibiré los beneficios durante 6 meses la primera vez que esto suceda, y no los recibiré durante 12 meses la segunda vez. Si ocurre una tercera vez nunca más podré obtener beneficios de Jobs First/TFA.

No utilizaré mi tarjeta EBT para realizar transacciones electrónicas de transferencia de beneficios en una tienda de bebidas alcohólicas, en un establecimiento de entretenimiento para adultos, ni en un casino, casino de juego, o establecimiento de juegos.

Para Dinero Suplemntario Estatal

Mi familiar legalmente responsable puede recibir una factura para devolver al Estado el dinero que el Estado me pagó.

Para Dinero en Efectivo SAGA

Yo tengo que cooperar con el Estado para obtener el apoyo de mi cónyuge.

Si un miembro de mi familia tiene un problema de abuso de sustancias, se le puede requerir que esté en tratamiento para recibir beneficios en efectivo de SAGA.

Si yo hago declaraciones falsas o engañosas cuando solicito SAGA, esto es una violación de la ley y no podré obtener SAGA en un año.

Para Asistencia Médica

El dinero de una demanda legal pendiente o futura irá (se le asignará) al Estado para recobrar cualquier gasto médico pagado por el Estado, relacionados con la demanda.

Si yo a sabiendas doy información falsa (errónea) o engañosa al DSS sobre mí o sobre alguien para quien estoy solicitando ayuda, estoy violando la ley federal y podría recibir una multa hasta de \$25,000 o recibir encarcelamiento por 5 años, o ambos.

Al solicitar asistencia médica, yo estoy dando (o asignando) al DSS mi derecho a recibir apoyo de terceras partes (sección 1912 de la Ley de Seguridad Social).

Si estoy en un centro de enfermería o si estoy solicitando servicios de base comunitaria en el hogar, y quiero asignar mis derechos de apoyo contra mi cónyuge, tengo que firmar una asignación adicional de apoyo (sección 1924 de la Ley de Seguridad Social).

El Estado puede enviar una factura a mi familiar legalmente responsable para que le devuelva pagado al Estado los costos de mi atención médica.

El Estado recobra el dinero de mi patrimonio si yo recibo servicios de cuidado a largo plazo y también si tengo por lo menos 55 años cuando reciba beneficios de asistencia médica comunitaria, y no tengo un cónyuge vivo, ni un niño menor de 21 años, o que esté ciego o deshabilitado.

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

El DSS o cualquier otro asegurador o proveedor de salud, pueden divulgar información sobre mí y mi familia según sea necesario para la entrega de servicios médicos y de programas, según lo permiten las leyes federales y estatales.

Al recibir asistencia médica, permito que el Estado recobre el costo de mis facturas médicas que están cubiertas por un tercero, como otros seguros, directamente de esa tercera parte.

Asignación de Manutención Infantil y Cooperación

Al solicitar ayuda del Estado, yo le asigno (le doy) al Estado todos los derechos que tengo a recibir apoyo actualmente de alguna persona para cualquier miembro de la familia incluido en la solicitud.

Mientras yo esté recibiendo ayuda del Estado, debo cooperar plenamente con el Estado para que otras personas responsables contribuyan a dar apoyo a mi familia.

El Estado se quedará con la manutención de niños que me debe mientras yo esté recibiendo ayuda en efectivo, lo cual significa que yo no la recolectaré directamente durante ese tiempo.

Cuando mi ayuda en efectivo de TFA termine, toda la actual manutención de niños se me enviará a mí. Cualquier ayuda de manutención no pagada que se me adeudó durante el tiempo en que estuve recibiendo ayuda en efectivo de TFA, se le adeuda al Estado.

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



Guarde esta página 3 para sus registros
No devuelve este formulario a DSS



W-0016RRS
(Rev. 1/23)

Estado de Connecticut

Departamento de Servicios Sociales

Derechos y Responsabilidades

Declaraciones de No Discriminación

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada 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 opera directamente también tienen prohibido la discriminación bajo las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de video, lenguaje de señas norteamericano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición, o con discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés.

QUEJAS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN PROGRAMAS DEL USDA

El USDA proporciona asistencia financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FPIR) y otros. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa, (AD-3027), que se encuentra en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.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 queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA al:

1. **Correo:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. **Fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; o
3. **Teléfono:** (833) 620-1071; o
4. **Correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

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

QUEJAS DE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON PROGRAMAS DEL HHS

HHS proporciona asistencia financiera federal para muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, incluyendo TANF, Head Start, el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado debido a su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS opera directamente o a las que el HHS proporciona asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) para usted o para otra persona.

Para presentar una queja de discriminación para usted o para otra persona con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través de OCR Portal de quejas en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con OCR por correo a: Operaciones centralizadas de administración de casos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para un procesamiento más rápido, le recomendamos que utilice el portal en línea de OCR para presentar quejas en lugar de presentarlas por correo. Las personas que necesitan ayuda para presentar una queja de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a OCR a OCRMail@hhs.gov o llame a OCR al número gratuito 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con problemas de audición o con dificultades del habla, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También ofrecemos formatos alternativos (como Braille y letra grande), auxiliares y servicios de asistencia lingüística gratuitos para la presentación de una denuncia.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración de No Discriminación de Connecticut

Las Leyes Generales de Connecticut prohíben la discriminación en el empleo y en la prestación de servicios por motivos de raza, género (incluido el embarazo), edad, estado civil, credo religioso, ascendencia, color, origen nacional, antecedentes penales, información genética, historial pasado o presente de discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje, discapacidad física (incluida la ceguera), discapacidad intelectual, condición de veterano, condición de víctima de violencia doméstica, orientación sexual, o identidad o expresión de género.

Una persona con una discapacidad puede solicitar y recibir un acomodo razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario, para permitir que la persona tenga una oportunidad igual y significativa de participar en programas administrados por el Departamento.

Si solicitó una adaptación o ayuda especial y nos negamos a proporcionarla, puede presentar una queja al Coordinador de la ADA del Departamento o a cualquiera de las agencias enumeradas:

Comisionado de Servicios Sociales

Atte: Coordinador de ADA

55 Farmington Ave,

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 Blvd, Suite 2

Hartford, CT 06103

Tel: (860) 541-3400; Número gratuito: (800) 477-5737;

TTD: (860) 541-3459; Fax: (860) 246-5265;

Internet: <https://portal.ct.gov/CHRO>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Oficina de Derechos Civiles

Edificio Federal

JFK Oficina 1875

Boston, MA 02203

Tel: (617) 565-1340; Número gratuito: (800)

368-1019; TTY: (800) 537-7697; Fax: (617)

565-3809;

Internet:

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



Guarde esta página 4 para sus registros
No devuelve este formulario a DSS



¿QUIERE REGISTRARSE PARA VOTAR?

ED-682S
(Rev 9/15)

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 aquí ahora? 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 solicitar o no solicitar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que será proporcionada a usted por esta agencia.

Si quiere ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o recibir 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 en papel de inscripción de votante y dejara en DSS o enviarla por correo. El formulario se incluye con solicitudes de DSS que le enviemos, y también se pueden conseguir en todas las oficinas del DSS. Puede enviar su formulario llenado al DSS en el sobre adjunto, o enviarlo directamente a su Ayuntamiento Municipal. Si necesita ayuda, 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 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