El Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur

Recibe su

SOLICITUD

para el

PROGRAMA DE INDEPENDENCIA FAMILIAR

PROGRAMA DE ESTAMPILLAS ALIMENTICIAS

PROGRAMA DE MEDICAID PARA FAMILIAS Y NIÑOS

OTRA ASISTENCIA DE DSS

¿Necesita ayuda para llenar esta solicitud? ¿Necesita un intérprete? Si contesta que sí, favor de pedir ayuda en su oficina local de DSS.

Éste es un formulario para los Programas de Independencia Familiar, de Estampillas Alimenticias, y Medicaid para Familias y Niños. Si necesita un intérprete para ayudarlo a completar este formulario o durante la entrevista, pregunte en la oficina local de Servicios Sociales y le conseguirán uno.

DSS Form 3800 SPA (JUL 01) All previous editions are obsolete.

SOLICITUD PARA: Independencia Familiar, Estampillas Alimenticias, Medicaid y Otros Programas de DSS

PARA USO DE DSS SOLAMENTE: Â New Â Reopen Â Cure Sanction Â Recertification/Redetermination	**PARA USO DE DSS SOLAMENTE:**	Date Filed: _____ Screener: _____
CHIP Case No.: _____ CIS Case No.: _____	Worker's Name:	Interview Date:

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRAS DE MOLDE – USE UN BOLÍGRAFO Y HAGA PRESIÓN

1. Díganos quién es usted y dónde vive.

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2º Nombre:	Número de Teléfono:	
Dirección de Correo: (Incluya Número de Apartmento/Terreno)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Dirección por Calle: (Si Diferente, Incluya Número de Apartmento/Terreno)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número de Distrito Escolar:

2. ¿Le gustaría que alguien no de su hogar complete la solicitud por usted o venga para una entrevista por usted como su representante autorizado? Â Sí Â No Si contesta que sí, díganos la información abajo:

   Nombre del Representante: _____ Dirección: _____
3. ¿Ha recibido Estampillas Alimenticias antes? Â Sí Â No Si contesta que sí, ¿todavía tiene su tarjeta verde y plástica de EBT? Â Sí Â No
4. Díganos quién vive con usted. Ponga su nombre (o la persona arriba mencionada en ítem 1) en la primera línea.

Apunte los Nombres como Aparecen en las Tarjetas de Seguro Social (Si la persona tiene una tarjeta)	Programas	Apunte Apellidos de Casado u Otros Nombres Usados	Ciego o Discapacitado	Ciudadano de los EEUU	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social o Fecha de SS-5 (Si solamente quiere Medicaid para sus niños, no tiene que dar el número de seguro social de los demás.)	Sexo Masc. o Fem.	Parentesco con Respecto a la Persona en la Línea 1	* Código Étnico (Si biracial, puede poner más de un código.)
1			Sí No	Sí No					Yo	
2			Sí No	Sí No						
3			Sí No	Sí No						
4			Sí No	Sí No						
5			Sí No	Sí No						
6			Sí No	Sí No						
7			Sí No	Sí No						
8			Sí No	Sí No						

(PARA PROPÓSITOS ESTADÍSTICOS SOLAMENTE) * Códigos Étnicos: BL - Negro o Africano; WH - Blanco; HI - Hispano o Latino; AS- Asiático/Oriental; AI - Indio Americano/Nativo de Alaska; NH - Nativo de Hawaii u Otra Isla Pacífica

5. ¿Alguien en la lista arriba está embarazada? Â Sí Â No Si sí, ¿quién?: _____ Fecha de nac. esperada: _____
6. ¿Hay algún adolescente en la lista arriba (hombre o mujer) un padre? Â Sí Â No Si sí, ¿quién?: _____
7. Conteste las siguientes preguntas para ver si Ud. puede obtener Estampillas Alimenticias dentro de siete (7) días.
   a. ¿Alguien recibió dinero este mes? Â Sí Â No Si sí, ¿cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
   b. ¿Alguien espera recibir más dinero este mes? Â Sí Â No
      Si sí, ¿cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
   c. ¿Es un miembro de su hogar un trabajador agrícola temporal? Â Sí Â No
   d. Díganos acerca de sus gastos de hogar: ¿Cuánto es su pago de renta/hipoteca por mes? $ _____
      ¿Cuánto cuestan sus servicios públicos (luz, etc.) por mes? $ _____
      ¿Recibió Ud. un cheque para los servicios? Â Sí Â No ¿Cuánto? $ _____

8. Díganos acerca de los ingresos, posesiones y recursos que los miembros de su hogar tienen. Ponga los ingresos **BRUTOS**, no la cantidad que se lleva a casa. Si desempleado ponga "0."

Nombre de la Persona que gana un Sueldo:	Nombre de la Persona que gana un Sueldo:
Nombre y Número de Teléfono del Empleador:	Nombre y Número de Teléfono del Empleador:
Cantidad de Cada Periodo de Pago antes de Impuestos: $ _____ Â Semanal Â Bisemanal Â Quincenal Â Mensual Horas Trabajadas Cada Periodo de Pago: _____	Cantidad de Cada Periodo de Pago antes de Impuestos: $ _____ Â Semanal Â Bisemanal Â Quincenal Â Mensual Horas Trabajadas Cada Periodo de Pago: _____

Otros Ingresos	Cantidad	¿Con Qué Frecuencia Recibe Este Ingreso?	¿Qué Miembro de la Familia Recibe Este Ingreso?
Mantenimiento de Niños	$		
SSI	$		
Pagos de Seguro Social	$		
Subsidios de Desempleo	$		
Subsidios de Veterano	$		
Otros (Explique)	$		

¿Cuánto tienen los miembros del hogar en efectivo, cuentas corrientes y de ahorros? $ _____
¿Alguien en su hogar posee terreno, carros, camiones, edificios u otras posesiones? Â Sí Â No
Si sí, ¿cuánto vale? $ _____

9. ¿Se le paga a alguien por cuidar a su(s) niño(s) menores de 12 años o por cuidar a un adulto/padre a su cargo mientras usted trabaja? Â Sí Â No Si sí, número de niños/padres para quienes usted paga por cuidado: _____.
Cantidad pagada por semana: $ _____
10. ¿Algún miembro de su hogar recibió asistencia médica durante los últimos tres (3) meses? Â Sí Â No
11. Díganos acerca de cualquier seguro de enfermedad que cualquier miembro de su hogar tenga.
Favor de llenar la información abajo. Incluso si usted ya tiene seguro de enfermedad, su niño puede ser elegible para seguro de enfermedad bajo el programa de Medicaid.

Compañía de Seguro o Empleador	Número de Póliza	Persona con la Póliza	SSN de la Persona

12. ¿Es algún miembro de su hogar un criminal que está huyendo o un infractor de su libertad condicional? Â Sí Â No
Si sí, nombre: _____
13. ¿Algún miembro de su hogar fue condenado por una infracción de abuso de sustancia controlada después del 22 de agosto de 1996? Â Sí Â No Si sí, nombre: _____
14. **Favor de firmar esta solicitud/declaración.**
Declaro que la información provista arriba por mí o mi representante autorizado es verdadera según mi leal entender y saber. Autorizo al Departamento de Servicios Sociales a ponerse en contacto con las personas necesarias para verificar mis declaraciones. Sé que puedo ser penalizado por dar a sabiendas información falsa. Declaro bajo pena de perjurio que todas las personas registradas en esta solicitud que pueden recibir beneficios son ciudadanos estadounidenses o extranjeros legales cualificados. Declaro que recibí el folleto *Sus Derechos y Responsabilidades* del trabajador de mi caso.
Firma del Solicitante/Cliente: _____ **Fecha:** _____
Firma de dos testigos, si firmado con "X": (1) _____ (2) _____

Â He decidido retirar mi solicitud para:	Â He decidido no solicitar para:
Â Medicaid Razón: _____	Â Estampillas Aliment. Razón: _____
Â Indep. Familiar Razón: _____	Â Otro: _____ Razón: _____
Firma: _____	Fecha: _____

Las leyes federales prohiben al DSS discriminar según la raza, color, sexo, edad, religión, origen nacional, discapacidad o creencias políticas. Para quejas de discriminación: contacte a la (Oficina de Derechos Civiles de DSS) DSS Office of Civil Rights, P.O. Box 1520, Columbia, S.C. 29202-1520; teléfono: 1-800-311-7220, TTY: 1-800-311-7219. DSS, el Departamento de Agricultura de los EEUU y el Departamento de Salud y Servicios Humanos son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidades.

DESCRIPCIONES DE LOS PROGRAMAS

Se puede usar esta solicitud para solicitar los siguientes programas:

Medicaid:
Este programa le ayudará a obtener servicios médicos para su familia.

Estampillas Alimenticias (FS):
Este programa le ayudará a comprar comida para su familia.

Independencia Familiar (FI):
Este programa le pagará un cheque cada mes. Le ayudará a adiestrar para trabajo y buscar un empleo. Pagará por cuidado de niños y gastos de transporte.

Mantenimiento de Niños:
Este programa le ayudará a obtener mantenimiento de niños del padre ausente de sus niños.

Otra Asistencia:
Esta solicitud también puede ser usada para solicitar programas como Asistencia para Refugiados.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

- Favor de llenar todos los espacios que pueda. Si necesita ayuda o no entiende una pregunta, un trabajador de DSS le puede ayudar.

- Asegúrese que usted:
  - Escribe su nombre
  - Escribe la fecha
  - Firma la solicitud

- Su trabajador de DSS puede fijar una entrevista con usted. Puede traer a alguien a la entrevista para ayudarle. Cuando usted llegue a la entrevista, le ayudará a su trabajador de DSS a terminar con su solicitud más pronto si usted trae los siguientes documentos:
  - Talones de cheque de las últimas cuatro (4) semanas de trabajo, si actualmente está trabajando (si usted ya sabe que quiere solicitar Estampillas Alimenticias, traiga los talones de cheque de las últimas ocho (8) semanas)
  - Certificados de nacimiento de sus niños
  - Tarjetas de Seguro Social de cada miembro de la familia — niños y adultos
  - Identificación con foto (licencia de manejar o tarjeta de identificación estatal)
  - Recibos de pagos de renta o hipoteca
  - Facturas de servicios públicos
  - Estado de cuentas del banco

- Envíe o lleve esta solicitud a su oficina local de DSS

- Para obtener la dirección de correo de su oficina local de DSS llame sin pagar al: 1-800-768-5700.