

Nº de identificación del caso _____ Nº del caso en el condado _____ Fecha _____

**Cuaderno de trabajo de revisión de documentación y solicitud para el programa *Work First*
(*Work First Family Assistance, WFFA*)**

Departamento de Servicios Sociales del condado de _____

Esta no es una solicitud. Es un cuaderno de trabajo para reunir la información necesaria para determinar su elegibilidad para el programa de asistencia familiar *Work First*.

Al solicitar asistencia del programa Work First usted también solicita asistencia de Medicaid. Toda información que forme parte de la solicitud para el programa Work First, tal como estado de ciudadanía, estado de migración y números de identidad y seguro social, se utiliza automáticamente en la solicitud de Medicaid. Si en el grupo familiar hay personas que desean solicitar sólo asistencia de Medicaid, dígaselo al trabajador asignado al caso.

¿Desea usted solicitar asistencia del programa *Work First*, que incluye Medicaid? Sí No o bien

¿Desea usted solicitar asistencia sólo de Medicaid? Sí No

¿Tiene usted una discapacidad que desee reportar? (Reportar discapacidades es estrictamente VOLUNTARIO.)

DISCAPACIDAD: "Discapacidad significa, con respecto a la persona: (1) impedimento físico o mental que limita considerablemente una o varias de las actividades principales de la vida de tal persona; (2) registro de tal discapacidad; o (3) considerarse que la persona tiene tal "impedimento" (Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990).

Sí Ninguna o prefiero no reportarlo

¿Necesita ayuda para llenar esta solicitud o durante la entrevista? Sí No

CLASIFICACIÓN PARA EL PROGRAMA (TODAS LAS RESPUESTAS DEBEN SER AFIRMATIVAS PARA POTENCIALMENTE CUMPLIR LOS REQUISITOS)

Sí No ¿Hay en el grupo familiar algún niño menor de 18 años o que tiene 18 años y va a egresar de la secundaria cuando cumpla 19 años?

Sí No ¿Es el solicitante un adulto que vive con los niños y que satisface la regla de parentesco?

Sí No ¿Reside la familia en Carolina del Norte y tiene la intención de vivir permanentemente o durante un período indefinido en Carolina del Norte; o entró a Carolina del Norte buscando trabajo o con un compromiso de trabajo?

Solicitante: _____ Teléfono _____

Dirección: _____

Dirección postal si es diferente: _____

Indicaciones para llegar al domicilio: _____

El solicitante presentó y firmó el formulario DSS-8227(Aviso de acceso de inmigrantes).

El solicitante presentó y firmó el formulario DS 10001 (CONVENIO DE SERVICIOS DE IDIOMA) (para clientes con Capacidades Limitadas en Inglés {Limited English Proficiency, LEP}).

NO ES NECESARIO QUE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR QUE NO PRESENTEN SOLICITUD DEN EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O EL ESTADO DE INMIGRACIÓN O CIUDADANÍA. SIGA EVALUANDO AL MIEMBRO NO SOLICITANTE DE LA UNIDAD PRESUPUESTARIA PARA VER SI TIENE RECURSOS CONTABLES TALES COMO INGRESOS Y ACTIVOS A FIN DE DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD.

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁN SOLICITANDO ASISTENCIA DEL PROGRAMA WORK FIRST

1	Nombre completo (apellidos y nombres)	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Raza o etnia	Preferencia de idioma
	Nombre del padre	Nombre de la madre	Establecimiento educacional (matrícula actual) <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> NO			Grado (actual, alcanzado, egreso)	
	Relación con titular del caso o beneficiario	¿Se incluye al miembro del grupo familiar en la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO, explique					Nº id. indiv.
	Si el miembro del grupo familiar se incluye en la solicitud, dé la siguiente información: <input type="checkbox"/> CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> INMIGRANTE CALIFICADO				Número de seguro social, si se incluye en la solicitud		
SÓLO PARA USO OFICIAL							
	Identidad verificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Documento(s) de ciudadanía o inmigración visto(s):				
	Documento visto:						
2	Nombre completo (apellidos y nombres)	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Raza o etnia	Preferencia de idioma
	Nombre del padre	Nombre de la madre	Establecimiento educacional (matrícula actual) <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> NO			Grado (actual, alcanzado, egreso)	
	Relación con titular del caso o beneficiario	¿Se incluye al miembro del grupo familiar en la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO, explique					Nº id. indiv.
	Si el miembro del grupo familiar se incluye en la solicitud, dé la siguiente información: <input type="checkbox"/> CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> INMIGRANTE CALIFICADO				Número de seguro social, si se incluye en la solicitud		
SÓLO PARA USO OFICIAL							
	Identidad verificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Documento(s) de ciudadanía o inmigración visto(s):				
	Documento visto:						
3	Nombre completo (apellidos y nombres)	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Raza o etnia	Preferencia de idioma
	Nombre del padre	Nombre de la madre	Establecimiento educacional (matrícula actual) <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> NO			Grado (actual, alcanzado, egreso)	
	Relación con titular del caso o beneficiario	¿Se incluye al miembro del grupo familiar en la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO, explique					Nº id. indiv.
	Si el miembro del grupo familiar se incluye en la solicitud, dé la siguiente información: <input type="checkbox"/> CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> INMIGRANTE CALIFICADO				Número de seguro social, si se incluye en la solicitud		
SÓLO PARA USO OFICIAL							
	Identidad verificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Documento(s) de ciudadanía o inmigración visto(s):				
	Documento visto:						
4	Nombre completo (apellidos y nombres)	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Raza o etnia	Preferencia de idioma
	Nombre del padre	Nombre de la madre	Establecimiento educacional (matrícula actual) <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> NO			Grado (actual, alcanzado, egreso)	
	Relación con titular del caso o beneficiario	¿Se incluye al miembro del grupo familiar en la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO, explique					Nº id. indiv.
	Si el miembro del grupo familiar se incluye en la solicitud, dé la siguiente información: <input type="checkbox"/> CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> INMIGRANTE CALIFICADO				Número de seguro social, si se incluye en la solicitud		
SÓLO PARA USO OFICIAL							
	Identidad verificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Documento(s) de ciudadanía o inmigración visto(s):				
	Documento visto:						

5	Nombre completo (apellidos y nombres)	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Raza o etnia	Preferencia de idioma		
Nombre del padre		Nombre de la madre		Establecimiento educacional (matrícula actual) <input type="checkbox"/> SÍ, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> NO		Grado (actual, alcanzado, egreso)			
Relación con titular del caso o beneficiario			¿Se incluye al miembro del grupo familiar en la solicitud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO, explique				Nº id. indiv.		
Si el miembro del grupo familiar se incluye en la solicitud, dé la siguiente información: <input type="checkbox"/> CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> INMIGRANTE CALIFICADO					Número de seguro social, si se incluye en la solicitud				
SÓLO PARA USO OFICIAL									
Identidad verificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Documento(s) de ciudadanía o inmigración visto(s):					Documento visto:	
6	Nombre completo (apellidos y nombres)	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Raza o etnia	Preferencia de idioma		
Nombre del padre		Nombre de la madre		Establecimiento educacional (matrícula actual) <input type="checkbox"/> SÍ, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> NO		Grado (actual, alcanzado, egreso)			
Relación con titular del caso o beneficiario			¿Se incluye al miembro del grupo familiar en la solicitud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO, explique				Nº id. indiv.		
Si el miembro del grupo familiar se incluye en la solicitud, dé la siguiente información: <input type="checkbox"/> CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> INMIGRANTE CALIFICADO					Número de seguro social, si se incluye en la solicitud				
SÓLO PARA USO OFICIAL									
Identidad verificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Documento(s) de ciudadanía o inmigración visto(s):					Documento visto:	
7	Nombre completo (apellidos y nombres)	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Raza o etnia	Preferencia de idioma		
Nombre del padre		Nombre de la madre		Establecimiento educacional (matrícula actual) <input type="checkbox"/> SÍ, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> NO		Grado (actual, alcanzado, egreso)			
Relación con titular del caso o beneficiario			¿Se incluye al miembro del grupo familiar en la solicitud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO, explique				Nº id. indiv.		
Si el miembro del grupo familiar se incluye en la solicitud, dé la siguiente información: <input type="checkbox"/> CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> INMIGRANTE CALIFICADO					Número de seguro social, si se incluye en la solicitud				
SÓLO PARA USO OFICIAL									
Identidad verificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Documento(s) de ciudadanía o inmigración visto(s):					Documento visto:	
8	Nombre completo (apellidos y nombres)	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Raza o etnia	Preferencia de idioma		
Nombre del padre		Nombre de la madre		Establecimiento educacional (matrícula actual) <input type="checkbox"/> SÍ, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> NO		Grado (actual, alcanzado, egreso)			
Relación con titular del caso o beneficiario			¿Se incluye al miembro del grupo familiar en la solicitud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO, explique				Nº id. indiv.		
Si el miembro del grupo familiar se incluye en la solicitud, dé la siguiente información: <input type="checkbox"/> CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> INMIGRANTE CALIFICADO					Número de seguro social, si se incluye en la solicitud				
SÓLO PARA USO OFICIAL									
Identidad verificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Documento(s) de ciudadanía o inmigración visto(s):					Documento visto:	

Miembros del grupo familiar que no están solicitando asistencia

1	Nombre completo (apellidos y nombres)			Relación con el solicitante:	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
Raza o etnia	Preferencia de idioma	Estado civil	Establecimiento educacional (matrícula actual)	Grado	Nombre del padre		Nombre de la madre
2	Nombre completo (apellidos y nombres)			Relación con el solicitante:	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
Raza o etnia	Preferencia de idioma	Estado civil	Establecimiento educacional (matrícula actual)	Grado	Nombre del padre		Nombre de la madre
3	Nombre completo (apellidos y nombres)			Relación con el solicitante:	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
Raza o etnia	Preferencia de idioma	Estado civil	Establecimiento educacional (matrícula actual)	Grado	Nombre del padre		Nombre de la madre
4	Nombre completo (apellidos y nombres)			Relación con el solicitante:	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
Raza o etnia	Preferencia de idioma	Estado civil	Establecimiento educacional (matrícula actual)	Grado	Nombre del padre		Nombre de la madre

Marque aquí: si hay más personas en el grupo familiar

BENEFICIOS DE OTROS ESTADOS

¿Alguna persona nombrada en la solicitud ha vivido fuera de Carolina del Norte? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿cuándo? _____

Ciudad, condado y estado: _____

¿Recibió asistencia de otro estado? (Marque todo lo que corresponda?)

TANF (Federal) Servicios de Alimento y Nutrición Medicaid

(Verifique los meses en que recibió asistencia del programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas {Temporary Assistance for Needy Families TANF})

Nombre y teléfono de la agencia: _____

AUSENCIA TEMPORAL

¿Hay alguna persona temporalmente ausente del grupo familiar? ___ Sí (responda lo que sigue) ___ No

¿Quién?	¿Cuándo se fue?	¿Por qué?	¿Cuándo vuelve?

Si se espera que el miembro del grupo familiar se ausente **menos de 90 días consecutivos**, **inclúyalo** en la solicitud, a menos que esté recibiendo asistencia del programa *Work First* o del programa TANF por otro caso. Si va a estar ausente más de 90 días, vea la sección 112.

DELITOS INDIVIDUALES

¿Alguna persona de su grupo familiar...

- Sí No ...está intentando evitar enjuiciamiento por delito mayor? Nombre: _____
- Sí No ...está huyendo de la ley? Nombre: _____
- Sí No ...está intentando evitar la cárcel después de condena por delito mayor? Nombre: _____
- Sí No ...está infringiendo libertad condicional o libertad vigilada? Nombre: _____
- Sí No ...ha sido condenado por delito mayor relacionado con drogas cometido el 23 de agosto de 1996 o después? Nombre: _____

Si la respuesta es sí, ¿fue la condena en Carolina del Norte? Sí No

Si fue condenado en Carolina del Norte ¿cuál es la clasificación del delito mayor? Clase: _____*

[*la clasificación del delito mayor debe ser verificada por la agencia]

Es posible que estas personas no tengan derecho a asistencia del programa *Work First* (Vea la Sección 104, A del Manual del programa de Asistencia Familiar *Work First*)

CUMPLIMIENTO DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Hable sobre los requisitos de manutención infantil indicados en el Anexo I. (Opcional) ofrezca llenar la Declaración de padres, si corresponde.

Nombre del Padre Ausente (PA):	Fecha de nacimiento	Niño(s):	
Dirección:		Teléfono del PA:	Nº de seguro social del PA:
		Empleador del Padre Ausente (PA):	
Nombre del Padre Ausente (PA):	Fecha de nacimiento	Niño(s):	
Dirección:		Teléfono del PA:	Nº de seguro social del PA:
		Empleador del Padre Ausente (PA):	
Nombre del Padre Ausente (PA):	Fecha de nacimiento	Niño(s):	
Dirección:		Teléfono del PA:	Nº de seguro social del PA:
		Empleador del Padre Ausente (PA):	

INGRESOS

¿Alguna persona del grupo familiar recibe ingresos por trabajar? (Estudio de trabajo, pago por enfermedad, pago por despido, pago por vacaciones, trabajo para una agencia temporal, taller de refugio, programas WIA o VISTA))

Sí **No** Si la respuesta es sí, dé la siguiente información:

1. Nombre: _____ Fecha de inicio: _____

Empleador: _____ Hrs. por semana: _____

Dirección del empleador: _____ Salario: _____

Salario recibido este mes (mes de la solicitud)		Salario recibido el mes pasado	
Fecha	Monto (bruto)	Fecha	Monto (bruto)

2. Nombre: _____ Fecha de inicio: _____

Empleador: _____ Hrs. por semana: _____

Dirección del empleador: _____ Salario: _____

Salario recibido este mes (mes de la solicitud)		Salario recibido el mes pasado	
Fecha	Monto (bruto)	Fecha	Monto (bruto)

Lista de todos los empleos de los últimos 6 meses de toda persona del grupo familiar que actualmente no trabaje.

Persona que trabajaba	Empleador	Fechas en que trabajó	Fecha del último pago

Si alguna persona de su grupo familiar tiene **ingreso por autoempleo, renta, inquilinos o pensionistas**, dé la siguiente información:

¿Quién? _____ Tipo de empresa o ingresos: _____

(Reúna la información de los dos últimos meses por lo menos. Es posible que se necesiten más meses para establecer una proyección representativa del ingreso esperado.)

Mes	Ingresos	Gastos*	Bruto ajustado
1.			
2.			
3.			

* En la sección 114 XV, hay detalles sobre los gastos.

Ingreso no ganado

¿Alguna persona de su grupo familiar tiene alguna de las siguientes fuentes de ingreso?

	Fuente de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Frecuencia	Fecha de recepción	Promedio mensual
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Programa de asistencia familiar <i>Work First</i>				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Contribuciones financieras recibidas con regularidad Donantes:				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Manutención infantil, pensión, liberación de trabajo Directo - actuario - IV-D (Condado _____)				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Seguro social N° de reclamación				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ingreso Complementario de Seguridad (SSI) N° de reclamación				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asignación militar				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Beneficios de veteranos: compensación, pensión, porción A&A N° de la Administración de Veteranos				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Compensación por desempleo				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indemnización laboral				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pensión, jubilación, anualidad de servicio civil				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Jubilación de ferrocarriles				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Discapacidad privada (Puede ser ganada. Vea 114, III.)				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Intereses o dividendos				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Subsidios educacionales, becas				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ingresos de fondos fiduciarios o nota promisoría				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pago de cuidado de acogimiento o suplemento del condado				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otro ingreso				

Introduzca los datos de ingreso indicados en el presupuesto automatizado en el sistema EIS

Recursos

¿Alguna de las personas para quien solicita tiene alguno de los siguientes recursos?

Sí No Si la respuesta es sí, marque (✓) todo lo que corresponda.

Sí ✓	Recurso	¿Quién es dueño del recurso? (indique todos los dueños.)	VALOR DECLARADO				Acceso (encierre en un círculo todo lo que corresponda)	Valor verificado SÓLO PARA USO OFICIAL
			Retro 1	Retro 2	Retro 3	Meses desde la solicitud.		
<input type="checkbox"/>	Efectivo						A J RT I	
<input type="checkbox"/>	Cuenta corriente Nº: Banco: Nº: Banco:						A J RT I A J RT I	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros o caja de seguridad Nº: Banco: Nº: Banco:						A J RT I A J RT I	
<input type="checkbox"/>	Cuentas individuales de jubilación (IRA), CD, mercado monetario, fondos de inversión mobiliaria Nº: Banco: Nº: Banco:						A J RT I A J RT I	
<input type="checkbox"/>	Acciones Corredor de bolsa: Nombre de las acciones: Bonos Emisor: Bonos de ahorros de EE.UU. Valor nominal: Nº de serie:						A J RT I	
<input type="checkbox"/>	Otro						A J RT I	

A = Accesible al dueño
J = Propiedad conjunta
RT = Fideicomiso resultante (indique el dueño real en la 4^{ta} columna.)
I = Inaccesible (Documente la razón.)

TOTAL

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

SÓLO PARA USO OFICIAL

Si el solicitante tiene un exceso de recursos, debe informarle al solicitante que puede refutar o reducir el valor de los recursos. ¿Desea el solicitante refutar o reducir el valor de algún recurso?

Sí No

Total de recursos: (Máximo: \$3,000)

MEDICARE

¿Alguna de las personas para quien solicita tiene cobertura de **Medicare**? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, dé la información que se solicita.

¿Quién?	N° de reclamación de RSDI	Med. A	Med. B
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Verificación de Medicare: (Sólo para uso oficial)

Seguro de salud privado

¿Tiene alguien seguro de salud privado? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, dé la información que se solicita.

Asegurado	Tipo	Nombre y dirección de la compañía de seguros	Fecha inicio vigencia seguro	N° de póliza o de grupo (si es el solicitante o el receptor)	Monto y frecuencia de la prima	¿Quién paga?
Dueño (patrocinador)						
1.						
2.						

(Sólo para uso oficial)

Verificación:

Llene el formulario DMA-2041 para seguro de salud privado.

NOTA: Si un beneficiario de Medicaid tiene seguro de salud privado y seguro para enfermedades catastróficas, evalúe con el DMA para ver si tiene seguro por el programa Pago de Primas de Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment, HIPP).

1. ¿Alguna de las personas para quien solicita ha tenido un accidente en los últimos 12 meses? Sí No
(Si la respuesta es sí, llene el Formulario DMA-2043.)
2. ¿Reciben Medicaid todas las personas incluidas en su solicitud? Sí No Si la respuesta es no ¿ha presentado ya la solicitud? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____
3. ¿Alguna de las personas para quien solicita tiene cuentas médicas pendientes por pagar? Sí No
4. ¿Alguna de las personas para quien solicita tiene gastos médicos actuales o anticipados? Sí No

Sólo para uso oficial: Si responde Sí a la pregunta 3 ó 4, o si hay una necesidad medica retroactiva, llene esta tabla									
Miembro de la familia	Proveedor	Fecha de servicio	Fecha de último pago	Monto cobrado	Tipo	TPR o pago de Medicare	Porción del miembro de la familia	Cantidad utilizable	Verificación
	Teléfono				Frec.				

Contacto de fiador

Necesitamos el nombre, la dirección y el teléfono de una persona que no viva con usted y que no esté relacionada ni con usted ni con ninguna persona de su grupo familiar. Necesito comunicarme con esta persona para verificar la situación de su grupo familiar.

<p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>	<p>Sólo para uso oficial</p> <p>¿Verificó este fiador el tamaño, la composición y la residencia del grupo familiar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - Obtenga un segundo fiador.</p> <p>Discrepancias: _____</p>
---	---

Información adicional

- ¿Paga usted renta? Sí No Si la respuesta es sí: monto _____
- ¿Le dan asistencia de la agencia HUD / Sección 8 o un subsidio para la renta? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿de qué cantidad para la renta mensual es usted responsable? \$ _____
- ¿Hay alguien embarazada en su grupo familiar? Sí No
Nombre: _____ Fecha de nacimiento prevista: _____
- ¿Alguno de los incluidos en la solicitud es miembro de una tribu federalmente reconocida? Sí No
Si la respuesta es sí, dé la siguiente información:

Nombre del miembro de la tribu	Tribu:	¿Tiene usted una tarjeta de inscripción?
1.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Servicios adicionales

Nuestra agencia también ofrece servicios y remisiones a otros programas de la comunidad. Dígame si alguna de las personas por quien usted solicita estaría interesada en lo siguiente.

Se explicó el servicio	<u>Servicios ofrecidos</u>	Remisión	
<input type="checkbox"/>		Sí	No
<input type="checkbox"/>	Servicios de planificación familiar. Estos servicios constan de orientación, educación y servicios médicos para hombres y mujeres sobre el control de la natalidad. ¿Quien? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Transporte médico. Si Medicaid lo aprueba, es posible que usted tenga derecho a ayuda del Departamento de Servicios Sociales del condado para disponer y/o pagar transporte médico para ir al consultorio médico o al hospital. ¿Para quien? _____ (Llene el DMA-5046.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Verificación de salud. Este programa hace evaluaciones de cuidados de salud dental y médica para beneficiarios del programa de asistencia familiar <i>Work First</i> y Medicaid menores de 21 años y presta asistencia para transporte para ir a las citas. ¿Para quién? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Evaluación de salud de adultos. Este programa hace una evaluación de salud anual para mayores de 21 años a fin de detectar enfermedades graves a tiempo y dar tratamiento oportuno. ¿Para quién? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Programa Carolina ACCESS (para condados en que corresponda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Programa Mujeres Bebés y Niños (Women's Infants and Children, WIC) . Este programa le ayuda a la mujer a comprar comida si está embarazada o tiene un niño menor de cinco años en la casa. <input type="checkbox"/> Recibe asistencia del WIC actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Servicios de cuidados de maternidad. El programa Baby Love asigna un Coordinador de Cuidados Maternales (Maternal Care Coordinator, MCC) a las mujeres embarazadas. Si desea este servicio, ¿acepta que el Departamento de Servicios Sociales le dé a la coordinadora de cuidados maternos información sobre su elegibilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cuidado infantil. Asistencia para disponer y/o pagar cuidado infantil de niños menores de 13 años o discapacitados. ¿Necesita usted asistencia para el cuidado de dependientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Programa Life Line/Link Up. Toda persona que viva en su casa y que tenga asistencia de <i>Work First</i> , Medicaid o Ingresos Complementarios de Seguridad (SSI) y que tenga una cuenta de teléfono a su nombre puede obtener una deducción de la cuenta del teléfono. ¿Para quién? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rehabilitación vocacional. Asistencia para personas con discapacidades menores para tratamiento médico, rehabilitación, capacitación, educación y búsqueda de empleo. ¿Para quién? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Registro de votantes. ¿Se ha inscrito en el registro electoral para votar con su dirección actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿desea usted inscribirse mientras está aquí hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, llene la Parte A del formulario de solicitud y actualización de registro electoral de Carolina del Norte (Si la respuesta es no y el solicitante no desea inscribirse, pídale que firme el formulario de declinación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DESVIACIÓN DE BENEFICIOS (SÓLO PARA USO OFICIAL)

¿Es apropiada la desviación de beneficios para el solicitante?

La desviación de beneficios no es apropiada.

Desviación de beneficios ofrecida Monto aprobado. \$ _____ meses cubiertos _____

Se declina / Se deniega (razón): _____

Acuerdo de desviación de beneficios (formulario DSS-8657) firmado

FORMULARIOS Y AVISOS REQUERIDOS

Marque (✓)

- Se explicaron los derechos y responsabilidades. (Dele al solicitante el Anexo II)
- Se llenó la evaluación auditoría / DAST para cada adulto (DSS-8218)
- Se le dio al solicitante el formulario DMA 2188 (Aviso de normas de privacidad)
- Cada adulto firmó el formulario DSS-6963A, Requisitos principales de MRA
- Se le explicó a cada adulto el requisito de primera parada *First Stop*.
- Se explicó al solicitante el requisito de máximo de familia
- Se le dio al solicitante el formulario DSS-6966 (Notificación de la opción de violencia familiar).
- Se le dio al solicitante el formulario DSS-8221 (Requisitos de trabajo si no hay cuidado infantil).
- Se le dio al solicitante Aviso de requisito de cooperación y derecho a presentar buena razón para negarse a cooperar en el cumplimiento de manutención infantil

CERTIFICACIONES

- Las siguientes personas *no se pueden* incluir en el caso del programa de asistencia familiar *Work First*:

Nombre(s):

Razón:

- Parece que usted no tiene derecho a asistencia del programa *Work First* porque:

- ¿Aun así desea presentar una solicitud? Sí No
- Si la respuesta es no, ¿desea solicitar asistencia de Medicaid? Sí No
- (Si la respuesta es no, llene el formulario DMA-5095 para Medicaid)**

Al firmar este formulario, declaro lo siguiente:

- ✓ Entiendo las penas por dar información falsa y he dicho la verdad en este formulario.
- ✓ Conozco mis derechos y lo que debo hacer para obtener la asistencia.
- ✓ Acepto dar información sobre lo que he dicho.
- ✓ Acepto reportar cambios a servicios sociales.
- ✓ Acepto dejar que servicios sociales obtenga pruebas de lo que he dicho de parte de cualquier otra persona o agencia.
- ✓ Sé que servicios sociales mantiene la privacidad de todo lo que se diga sobre mi situación.
- ✓ Sé que si no firmo este formulario, no obtendré asistencia.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del testigo: (si se firma con una "X") _____ **Fecha:** _____

Firma del entrevistador: _____ **Fecha:** _____

Las decisiones sobre solicitudes se deben tomar en menos de 45 días, a menos que tengan pendiente la verificación de ciudadanía o identidad.

SÓLO PARA USO OFICIAL

Verificación en línea terminada: SÍ NO

Se adjuntan resultados resumidos SÍ NO

¿Hay un niño que haya nacido después de alcanzar el máximo de hijos para recibir servicios del gobierno?
 SÍ NO _____

¿Hay un padre menor de edad? SÍ NO _____

¿Cuántos meses del período máximo han pasado? _____ de 24 meses __ de 60 meses

Aprobado

Retroactivo Autorizado desde _____ hasta _____

En curso Autorizado desde _____ hasta _____

DB/ PML Autorizado desde _____ hasta _____ ¿Para quién? _____

Pendiente / Razón _____

Denegado Retirado RAZÓN: _____

Firma del procesador

Fecha

NOTAS ADICIONALES

AVISO DE REQUISITO DE COOPERACIÓN Y DERECHO A PRESENTAR BUENA RAZÓN PARA NEGARSE A COOPERAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL MANUTENCIÓN INFANTIL

BENEFICIOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Su cooperación en el cumplimiento de manutención infantil puede tener valor para usted y su niño porque puede producir los siguientes beneficios.

- Ubicar al padre sin custodia;
- Establecer legalmente la paternidad del niño;
- Asegurar los pagos de mantenimiento, que pueden ser mayores que la concesión de bienestar social; **y**
- Obtener en el futuro derecho a beneficios de seguro social, veteranos u otros programas de gobierno.

¿QUÉ SIGNIFICA COOPERACIÓN?

La ley requiere que usted coopere con servicios sociales y las agencias de manutención infantil para obtener el mantenimiento que se le debe a usted y a cualquiera de sus niños para quien usted está solicitando asistencia del programa *Work First*, a menos que usted tenga una buena razón para no cooperar.

Al cooperar con servicios sociales o a la agencia de manutención infantil, es posible que se le pida que tome una o varias de las siguientes medidas.

- Nombrar al padre de todo niño para quien usted esté solicitando o recibiendo asistencia del programa *Work First* y dar información para encontrar al padre;
- Ayudar a determinar legalmente quién es el padre, si el niño nació fuera del matrimonio;
- Ayudar a obtener el dinero que se le debe a usted o a los niños que reciben asistencia del programa *Work First*; **y**
- Reportar al estado el dinero que el padre ausente y/o el esposo ausente le dé directamente a usted. Es posible que tenga que ir a la oficina de servicios sociales, la oficina de manutención infantil, o a los tribunales a firmar papeles o dar información necesaria.

ASIGNACIÓN DE DERECHOS

- Todo dinero de manutención infantil que se le pague o que se le deba a usted por orden de los tribunales debe entregarse a la oficina de cumplimiento de manutención infantil.
- La manutención infantil que se le pague al programa de cumplimiento de manutención infantil se utilizará para devolver los beneficios del programa *Work First* que usted ha recibido.

¿QUÉ SIGNIFICA BUENA RAZÓN?

Es posible que usted tenga una buena razón para no cooperar en los esfuerzos del estado para recaudar el dinero de manutención infantil. Es posible que el estado la exima de cooperar si usted considera que la cooperación no sería lo mejor para su niño y si puede dar pruebas que lo fundamenten.

SI NO COOPERA Y NO TIENE BUENA RAZÓN

- No tendrá derecho a Medicaid a través del programa de asistencia familiar *Work First*. Si está embarazada, se evaluará su elegibilidad en el programa Medicaid para Mujeres Embarazadas (Medicaid for Pregnant Women, MPW). (Los niños siguen recibiendo Medicaid, si son elegibles.)
- La asistencia del programa *Work First* de su familia se suspenderá durante por lo menos un mes o hasta que usted coopere, lo que dure más.

¿CUÁNDO Y DÓNDE PUEDE USTED PRESENTAR BUENA RAZÓN?

- Si usted desea presentar buena razón, debe decirle al trabajador asignado al caso que usted cree que tiene una buena razón. Puede hacerlo cuando sea que considere que tiene una buena razón para no cooperar.
- Si usted presenta "buena razón" (good cause), debe dársele otro aviso. Este segundo aviso explica las circunstancias bajo las cuales servicios sociales puede aceptar la buena razón y el tipo de pruebas o información que servicios sociales necesita para tomar una decisión sobre su presentación. Usted puede pedir este segundo aviso para decidir si va a presentar buena razón o no.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a:

- Solicitar ayuda y, si se le niega, volver a solicitarla en cualquier momento.
- Obtener ayuda, si es elegible.
- Hacerse acompañar por hasta tres personas a la entrevista.
- Exigir que se mantenga la privacidad de todo lo que nos diga.
- Retirarse de cualquier asistencia que obtenga en cualquier momento.
- Solicitar que otra persona se agregue a su caso.
- Recibir un aviso por escrito de toda información que necesitemos para completar su solicitud.
- Tener protección según las leyes federales contra la discriminación por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad o convicciones políticas.
- Recibir un aviso en que se le diga por qué su solicitud se ha denegado.
- Solicitar Medicaid retroactivo por hasta 3 meses antes de la fecha de la solicitud.
- Que su Medicaid se considere en todas las categorías
- No tener una dirección permanente con tal de que tenga intenciones de quedarse en Carolina del Norte.
- Gastar el dinero de su cheque de cualquier manera que desee con tal de que sea lo mejor para su familia. Si no gasta el dinero de su cheque correctamente, se puede nombrar a otra persona para que lo gaste para usted y su familia.
- Pedir una audiencia del Departamento de Servicios Sociales y de la División de Servicios Sociales si:
 - Se le niega el derecho a solicitar asistencia del programa *Work First*.
 - No se toma oportunamente (en menos de 45 días calendario) una decisión sobre su solicitud.
 - Le deniegan la solicitud y usted considera que la decisión está equivocada.
 - Usted considera que su asistencia está equivocada por la manera en que el condado ha aplicado los reglamentos del estado.
 - Su asistencia se cambia o se elimina.
 - Usted pidió una revisión de sus circunstancias y se han tardado más de 30 días en responder o no la han hecho.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

- Usted debe darle al departamento de servicios sociales el número de seguro social de cada una de las personas que están solicitando asistencia y/o que están recibiendo asistencia. No es necesario que los miembros del grupo familiar no incluidos en la solicitud presenten número de seguro social o estado de ciudadanía o inmigración.
- Los números de seguro social se verificarán en las bases de datos de la Administración de Seguro social, el Servicio de Impuestos Internos, la Comisión de Seguridad del Empleo, la oficina de Cumplimiento de **manutención infantil**, el Departamento de Transporte, las agencias de bienestar social de fuera del estado, las comisiones de seguridad del empleo de fuera del estado y toda otra agencia necesaria. La información obtenida por correspondencia de datos de computadoras se utilizará para determinar la elegibilidad inicial y en curso.
- Usted tiene derecho a retirar su solicitud si no desea que se haga esto.

SUS RESPONSABILIDADES

- Usted debe comunicarle al trabajador asignado a su caso todos los cambios de situación en menos de 10 días.
- Usted debe decirle al trabajador asignado a su caso los cambios de dirección, empleo, propiedad, recursos, gastos o necesidades, o quién vive en su casa. Si no está seguro de si debe reportar un cambio, lo mejor que puede hacer es reportarlo y dejar que el trabajador asignado a su caso decida si es necesario.
- Recuerde que es posible que haya más de un trabajador asignado a su caso y que debe reportar los cambios a cada uno de ellos.
- Si espera que un niño pase más de 90 días consecutivos fuera de la casa, debe reportar la ausencia del niño menos de 5 días después de saberlo. Si no lo hace, su cheque se reducirá o se eliminará. El niño no tiene derecho a asistencia en efectivo a menos que tenga una buena razón para ausentarse de la casa.
- Si obtiene de *Work First* más asistencia de lo previsto, debe comunicárselo inmediatamente al trabajador asignado a su caso.
- Debe decir la verdad. Es ilegal hacer declaraciones falsas o retener información a sabiendas. Si no dice la verdad, puede que lo lleven a los tribunales y lo acusen de fraude. El departamento de servicios sociales, y quizás un revisor estatal o federal, verificará todo lo que le diga al DSS. Si alguna persona que viva con su grupo familiar es condenada por dar información falsa sobre dónde vive para obtener asistencia del programa *Work First*, Medicaid o Ingresos Complementarios de Seguridad en más de un lugar, perderá el derecho a obtener asistencia durante 10 años por causa de esta condena.
- Si se determina que una persona de su casa es culpable de infracción intencional de programa por dar información falsa, tal persona no tendrá asistencia del parte del programa *Work First* durante
 - 12 meses la primera,
 - 24 meses la segunda, y
 - permanentemente la tercera vez que se determine que es culpable.
- La información que usted dé puede almacenarse en bases de datos de computadora.
- Al firmar esta solicitud de Medicaid, usted acepta permitirle al estado que le facture a todo seguro médico que tenga toda persona incluida en la solicitud cualquier cuenta que pague Medicaid. También acepta que si la compañía de seguros le envía dinero para pagar una factura que Medicaid pagó, usted le devolverá al estado lo que Medicaid pagó. También acepta reportar al departamento de servicios sociales todo accidente en que pueda verse involucrada toda persona en su caso de Medicaid.

REPORTES PARA EL PROGRAMA ASISTENCIA FAMILIAR WORK FIRST

Si a usted le llega asistencia del programa *Work First*, es posible que tenga que llenar un reporte sobre el ingreso de su familia y la situación del grupo familiar cada 3 meses. Si le llega un reporte del programa *Work First*, debe llenarlo y enviarlo al departamento de servicios sociales antes de la fecha límite impresa en el formulario. Si le llega un reporte y usted no lo envía, su asistencia de parte del programa *Work First* se discontinuará.