



Delaware Cancer Treatment Program  
 Division of Public Health  
 C/O Gainwell Technologies  
 P.O. Box 950 Manor Branch  
 New Castle, DE 19720-0950  
 1-844-245-9580  
 Fax 302-454-0223

Estimado Residente de Delaware:

Adjunto encontrará una solicitud para el Programa de Tratamiento para el Cáncer de Delaware (DCTP), que es un programa del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware (DHSS), División de Salud Pública. El DCTP paga por servicios de tratamiento de cáncer para clientes elegibles por un periodo de hasta 24 meses después de la fecha en que se inicia el tratamiento del cáncer, **cuando los servicios son proporcionados por un proveedor de asistencia médica de Delaware.**

También hay una solicitud para el Programa de Asistencia Médica de Delaware. Después de revisar su solicitud de DCTP, usted puede ser elegible para beneficios de salud más completos a través de este programa incluyendo el tratamiento del cáncer. Para poder determinar cómo podemos cumplir mejor sus necesidades, por favor de completar y devolver **AMBAS** solicitudes.

**Este programa está disponible para los residentes de Delaware que:**

- Fueron diagnosticados con cáncer en o después del 1 de julio de 2014
- No tiene ningún seguro médico integral o gastos máximos de desembolso son más de 15 por ciento de los ingresos {no incluyendo prima
- No reciben beneficios a través del Medicaid de Tratamiento para el Cáncer de la Mama y del Cuello Uterino
- Tener un ingreso menos del nivel de pobreza federal de 650%
- No son elegibles para seguro de salud

**Para aplicar al DCTP, estos son los ocho pasos:**

1. Completar, firmar y poner la fecha en las solicitudes incluidas
2. Proveer una fotocopia clara de su identificación  
\*Tenga en cuenta: Deben presentarse fotocopias de los documentos de inmigración incluyendo aquellos que sean expirado para poder al fin determinar la elegibilidad.
3. Proveer prueba de residencia de Delaware en el momento que fue diagnosticado
4. Adjuntar el certificado de diagnóstico, documento completado por su médico de tratamiento
5. Proveer documentos de beneficios de cobertura por el seguro de salud para incluir los gastos de su bolsillo antes de que el seguro pagara el 100% del tratamiento contra el cáncer {si es aplicable}
6. Adjuntar el estatus de elegibilidad para el Mercado de seguros de salud, {si no tienen seguro}
7. Adjuntar comprobante de ingresos, tales como copias de su formulario de impuesto federal, talonarios de ingreso, carta de beneficios, etc...referencia abajo. Tienes que indicar su fuente de ingresos, con qué frecuencia recibe el ingreso y la cantidad de ingreso bruto antes de impuestos. Debe suministrarse prueba de ingreso para todos los miembros del hogar.
8. Proporcionar una copia legible del Acta de Nacimiento – requerido para procesar la solicitud de Medicaid

**Ingresos Actuales para Informar**

Ingreso de Trabajo	Pensiones/ Jubilación /Seguro Social	Otros Ingresos
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ingreso de salarios/sueldos/propinas</li> <li>❖ Compensación por desempleo</li> <li>❖ Compensaciones del Trabajador</li> <li>❖ Ingreso neto de propiedad de su empresa o granja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pension</li> <li>❖ Ingreso de Jubilación</li> <li>❖ Pago por ser Veterano</li> <li>❖ Seguro Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Beneficios de Incapacidad</li> <li>❖ Intereses/Dividendo</li> <li>❖ Ingreso de fortunas/bienes/inversiones</li> <li>❖ Ingreso neto de propiedades de alquiler</li> <li>❖ Pension Alimenticia</li> <li>❖ Cualquier otro ingreso</li> </ul>

**Si usted necesita ayuda para completar su solicitud o tiene preguntas: Por favor llame a la línea de servicio al cliente de DTCP de Lunes – Viernes desde 8:00 a.m. - 4:30 p.m. al 1-844-245-9580.**

Por favor de completar, firmar y poner la fecha en la solicitud y devolverlas en el sobre incluido.  
 Usted recibirá notificación por escrito de su elegibilidad y sus derechos de apelación.



Favor de completar y firmar esta aplicación y devolverla en el sobre con dirección propia.  
 Su elegibilidad para este programa no se puede determinar a menos que la aplicación esté firmada y se adjuntan todos los documentos solicitados.

Delaware Cancer Treatment Program  
 Division of Public Health  
 C/O Gainwell Technologies  
 P.O. Box 950 Manor Branch  
 New Castle, DE 19720-0950  
 1-844-245-9580  
 Fax 302-454-0223

**1. Información del solicitante** Tipo de Solicitud – Marca uno: Nuevo Renuncia

Nombre	Inicial	Apellido	Número de Seguro Social*	Estado Civil	Tamaño de Familia
			- - *El número de seguro social es opcional, puede ayudar a facilitar el proceso de su solicitud.	<input type="checkbox"/> Casado/Unión Civil <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Nunca me he casado/Unión civil <input type="checkbox"/> Separado)	

Dirección de Residencia (No puede ser P.O. Box)	# Apartamento	Ciudad	Código Postal	Condado	Número de Teléfono
Dirección de correo (si es diferente de su residencia)	# Apartamento	Ciudad	Código Postal	Condado	Número de Teléfono

Etnicidad	Raza	Género	Fecha de Nacimiento	¿Usted tiene seguro medico?
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> O Mas de una raza	<input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Varón	/ / mes/día/año	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, El nombre del plan de seguro: _____ Número de Seguro Médico: _____

Si usted no es Cuidado o Nacional de los Estados Unidos, ¿Qué estado inmigratorio elegible usted tiene?  Sí  No  
 Y si, por favor, escriba que tipo de estado y el número de identificación: \_\_\_\_\_

\*Fotocopias de todos los documentos de inmigración incluyendo aquellos documentos que ya están caducados tienen que ser enviados para poder determinar su elegibilidad.

¿Usted era residente de Delaware en el momento de su diagnóstico de cáncer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha de su diagnóstico de cáncer? ____ / ____ / ____ Mes/día/año ¿Usted en estos momentos vive en Delaware y su intención es permanecer en Delaware? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del Médico de Tratamiento: _____ Numero de teléfono: _____
---

**2. Información de Ingresos**

Documentación o prueba debe ser enviada con esta solicitud. Por favor de enviar solamente fotocopias, no documentos originales. Usted, su cónyuge/pareja legal y los ingresos de otros miembros del hogar deben ser reportados. Ganancias, interés en ahorros o inversiones, seguro social, beneficios de veterano, efectivo dado a usted y cualquier otro ingreso debe ser reportado. Si usted no tiene ningún ingreso, por favor proporcione explicación en escrito de cómo usted se mantiene.

**Derechos y Responsabilidades**

He leído o había leído a mí todas las declaraciones en este formulario y la información que doy es verdadera y completa al mejor de mi conocimiento. Entiendo que podría ser penalizado si doy información falsa. Entiendo que toda la información que doy es confidencial y federal y las leyes estatales limitan la divulgación de información acerca de mí. Entiendo y acepto a dar prueba de mis afirmaciones. Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Sociales puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad.

Firma de Solicitante o representante	Fecha
Si es representante, por favor escribe nombre, relación y número de teléfono Nombre: _____ relación: _____ teléfono _____	



Programa de Tratamiento de Cáncer  
Certificado de Diagnóstico de Cáncer  
Referencia Médica

Facilidad/Clínica: \_\_\_\_\_

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Código de Diagnóstico de Cáncer: \_\_\_\_\_

Por favor de poner el código de diagnóstico de cáncer e incluya el cuarto/quinto dígito de especificidad. Un código de diagnóstico de tres dígitos no se aceptará cuando código más específico es disponible.

Por favor de poner la fecha de inicio de tratamiento de cáncer. El Programa de Tratamiento de Cáncer no cubre el costo de los servicios utilizados para diagnosticar cáncer a menos que dichos servicios se consideran parte del tratamiento del cáncer. La cobertura no comenzará hasta que se hayan realizado los servicios de tratamiento de cáncer.

El cliente debe necesitar tratamiento para el cáncer en la opinión del médico autorizado registrado del solicitante. Tratamiento del cáncer no incluye rutina de control para condiciones precancerosas o monitoreo de recurrencia durante o después de la remisión.

Fecha Diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

Fecha de Comienzo de Tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de médico

Fecha

Imprime nombre del Médico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono del Médico

Número de Fax del Médico

**Favor de enviar el certificado original con la firma del médico y la solicitud complete de DCTP.  
Las prescripciones para el tratamiento de cáncer pueden requerir un diagnóstico de cáncer escrito en ellas.**



**DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES**  
Division of Public Health

Delaware Cancer Treatment Program  
Division of Public Health  
C/O Gainwell Technologies  
P.O. Box 950 Manor Branch  
New Castle, DE 19720-0950  
1-844-245-9580  
Fax 302-454-0223

Revisado/efectivo - Julio 2023



## Bienvenidos a los Servicios de Salud y Sociales del Estado de Delaware (DHSS)



**Haga su solicitud en menos tiempo en línea**

Haga su solicitud en menos tiempo en línea en [www.assist.dhss.delaware.gov](http://www.assist.dhss.delaware.gov)  
También es aplicable para las personas que solo desean solicitar Asistencia Médica.



**¿Quiénes pueden usar esta solicitud?**

- Puede usar esta solicitud para solicitar prestaciones para cualquier persona de su familia incluso los dependientes tributarios que no viven en su hogar.
- Puede presentar una solicitud incluso aunque usted o su hijo cuenten con cobertura de salud. Podrían ser elegibles para cobertura a bajo costo o gratuita.
- Las familias de inmigrantes también pueden solicitar prestaciones. Puede solicitar prestaciones para su hijo aunque usted no sea elegible. Solicitar prestaciones no afectará su categoría migratoria ni sus posibilidades de hacerse residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, es posible que tenga que llenar el Apéndice C.
- Si solo desea solicitar Asistencia Médica, es que posible que pueda usar un formulario abreviado.



**Lo que pudiera necesitar para presentar su solicitud**

- Los números de seguro social (o número de documento de todo inmigrante legal)
- Información sobre el empleador y los ingresos de todos los integrantes de su familia (por ejemplo, los talones de pago, los formularios W-2, o las declaraciones de los ingresos o los impuestos)
- Los números de póliza de todo seguro médico que esté vigente
- Información relacionada con todo seguro médico que haya disponible para su familia a través de su empleo. Es posible que tenga que llenar el Apéndice A.



**¿Por qué pedimos toda esta información?**

Pedimos información acerca de sus ingresos y demás datos para informarle acerca de para qué tipo de cobertura es elegible y si puede obtener alguna ayuda para pagar por esta. **Mantendremos la privacidad y seguridad de toda la información que usted provea, tal y como las leyes lo exigen.**



**¿Qué pasa después?**

Debe enviar su solicitud firmada en el sobre con dirección y sello aquí adjunto. **Firme y envíe la solicitud aunque no posea toda la información solicitada.** Nos comunicaremos con usted para instruirle acerca de los siguientes pasos. Si no recibe correspondencia nuestra, llame al 1-800-372-2022.



**Para obtener ayuda para llenar esta solicitud**

- **Por teléfono:** Llame a la Unidad de Servicio al Cliente al **1-800-372-2022**.
- **En persona:** Puede que haya trabajadores sociales/coordinadores de caso en su área disponibles para ayudarle.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-866-843-7212**.
- **Para cualquier otro idioma que no sea el inglés:** Llame al **1-866-843-7212**.
- **Usuarios de TTY:** Llamen al **711** o al **1-800-232-5460**.





## Bienvenidos a los Servicios de Salud y Sociales del Estado de Delaware (DHSS)

Ayudamos a los residentes necesitados de Delaware al proporcionar prestaciones (beneficios) de alimentos, asistencia médica, de guardería y monetaria. Podemos ofrecer información sobre otros servicios útiles disponibles en su comunidad. Puede responder solamente las preguntas relacionadas con el/los programa(s) que vaya a solicitar. Si responde a TODAS las preguntas de la Solicitud de Asistencia, podemos determinar si es elegible para todos los programas. Algún amigo o familiar o cualquier otra persona que usted desee pueden ayudarle a llenar esta solicitud.

La solicitud no se considera completa si no firma la última página. Envíenos la solicitud.

En su entrevista, tendrá que mostrarnos:

- Comprobante de su persona.
- Comprobante de los costos por servicios de guardería (solo para los casos de asistencia monetaria).
- Comprobante de su dirección.
- Comprobante de los ingresos que haya recibido en los últimos 30 días.

### PASO 1 Datos personales.

(El punto de contacto de su solicitud tiene que ser uno de los adultos de su familia)

¿Qué programa(s) desea solicitar?

Asistencia monetaria

Prestaciones de alimentos

Asistencia Médica

Servicios de guardería

Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sobrenombre		
Dirección domiciliaria:		
Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección postal (si no es la misma que la domiciliaria)		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono principal		Número de teléfono alterno
Métodos preferidos de comunicación		
Deseo recibir información acerca de esta solicitud y demás correspondencia por:		<input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico
<input type="checkbox"/> Servicio de correos de EE.UU.	Dirección de correo electrónico: _____	
Idioma preferido (escrito o hablado), si no es el inglés		

Si usted desea que otra persona se encargue de su caso y haga las funciones de su representante, sírvase llenar el Apéndice C.

La fecha en que recibamos esta primera página de la solicitud con su nombre, dirección y firma podría ser la fecha de entrada en vigor de las prestaciones si usted firma y envía el resto de la solicitud completa a DHSS en un plazo de 30 días.



\_\_\_\_\_  
 Firma del/de la solicitante (Obligatoria)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
 Fecha



## Prestaciones de Alimentos de Delaware para casos de Emergencia

Si en estos momentos su familia no tiene ingresos o sus ingresos son escasos, podría recibir prestaciones de alimentos para casos de emergencia en un plazo de 7 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud completa.

Podría recibir prestaciones de alimentos para casos de emergencia en un plazo de 7 días si:

- Si los ingresos que su familia espera recibir son menos de \$150.00 este mes
- Su familia no tiene más de \$100 en dinero en efectivo o en cuentas de banco
- Su familia es una familia de trabajadores migratorios o trabajadores de la agricultura por temporada
- Los gastos de alquiler, hipoteca y servicios públicos son mayores que los ingresos brutos de la familia y los fondos líquidos combinados





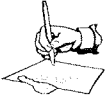


## Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios [EBT, por sus siglas en inglés] Delaware's Food First



Las prestaciones de alimentos se emiten en una tarjeta de EBT. Para usar sus prestaciones de alimentos, tiene que tener una tarjeta de EBT y un Número de Identificación Personal (PIN, por sus siglas en inglés). Una vez que se conceden sus prestaciones, el proveedor de tarjetas de EBT le envía su tarjeta por correo si nunca antes ha tenido una. También puede presentarse a uno de los locales que emiten tarjetas para obtener la suya.

En cada uno de los encabezamientos de esta solicitud aparecen símbolos de programas. Estos símbolos ayudan a identificar las preguntas que debe responder para el/los programa(s) que desea solicitar.

Símbolos	Programas	Términos	Definición
	<b>Programas de Asistencia Médica</b> (doctores, hospitales, recetas médicas, análisis de laboratorio y radiografías) - seguro médico gratuito o a bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). - planes asequibles de seguro médico privado a través del Mercado de Salud - un nuevo crédito tributario que puede ayudar a pagar las primas de su cobertura de salud	<b>Extranjero:</b>	Las personas que no son ciudadanas de EE.UU.
	<b>Asistencia de Guardería</b> (ayuda con el costo de los servicios de guardería)	<b>Tarjeta de EBT:</b>	Transferencia Electrónica de Beneficios - una tarjeta plástica que puede usar para comprar alimentos en las tiendas.
	<b>Asistencia de Dinero en Efectivo—Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Asistencia General (GA), Asistencia de Dinero en Efectivo para Refugiados [RCA, por sus siglas en inglés]</b>	<b>Elegible:</b>	Persona que reúne todos los requisitos para recibir prestaciones:
	<b>Programa de Complementos de Alimentos</b> (ayuda para los gastos mensuales de alimentación)	<b>Familia:</b>	Una persona o un grupo de personas que viven juntas y compran sus alimentos y preparan sus comidas en común.
	<b>Firma obligatoria</b>	<b>ABAWD:</b>	Persona adulta apta que no tiene dependientes - Todo adulto de 18 a 50 años de edad que no tiene dependientes y está físicamente apto para trabajar.

# PASO 2

## Datos sobre usted y las personas que viven en su hogar.

Usted es  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  
 Persona que vive con una pareja de hecho  Viudo(a)  Persona que vive en concubinato

### Instrucciones

Llene las casillas para todas las personas que viven con usted. Si desea solicitar asistencia médica y es una persona que presenta declaraciones de impuestos, necesitamos los datos de todas las personas que aparecen en sus declaraciones de impuestos.

Raza: B = Negro/Afroamericano W=Blanco Grupo étnico: H=Hispano/Latino  
 PI = Natural de Hawái/de las Islas del Pacífico A = Asiático N=No hispano/latino  
 I = Indio Americano/Natural de Alaska (si alguien de su hogar es Indio Americano/Natural de Alaska, llene el Apéndice B también).

Apellido	Nombre Segundo nombre	Relación con usted	¿Se solicita para esta persona?	Sexo M / F	Fecha de nacimiento mes/día/año	Número de Seguro Social	Raza/ Grupo étnico (opcional)	Ciudadano de EE.UU. Responda solo si es solicitante.**
		Yo mismo(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\*Necesitamos este dato si desea cobertura de salud y tiene número de seguro social. Aunque no desee solicitar cobertura de salud, dar su número de seguro social puede ser útil ya que puede ayudar a acelerar el proceso de la solicitud. Usamos el número de seguro social para verificar los ingresos y otros datos para determinar quiénes son elegibles para recibir ayuda para gastos de cobertura de salud. Si necesita ayuda para obtener un número de seguro social, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

\*\*Aplicable para los solicitantes de cobertura de salud solamente.

### Llene esta sección para solicitantes inmigrantes legales solamente.

1. ¿El solicitante pertenece a una categoría migratoria elegible?  Sí Llene la siguiente sección.

Nombre	Tipo de documento de inmigración	Número del documento de identificación	¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996?	¿Usted o su cónyuge o padre/madre son veteranos o miembros activos de las fuerzas armadas de EE.UU.?

2. ¿Alguien alguna vez ha recibido prestaciones de asistencia monetaria, de alimentos, médica o de guardería en algún otro estado?  Sí  No

¿Qué tipo de prestaciones? \_\_\_\_\_ Nombre del estado \_\_\_\_\_ Mes/año \_\_\_\_\_

3. ¿Alguien alguna vez ha sido inhabilitado para recibir prestaciones de asistencia monetaria o de alimentos en algún otro estado?  Sí  No

¿Qué tipo de prestaciones? \_\_\_\_\_ Nombre del estado \_\_\_\_\_ Mes/año \_\_\_\_\_

4. ¿Alguien de su hogar ha violado las condiciones de su libertad condicional o libertad a prueba o es prófugo de la justicia?  
(Aplicable para TANF, prestaciones de alimentos y asistencia general)  Sí  No
5. ¿Alguien ha sido declarado culpable de cometer un delito relacionado con drogas después del 22 de agosto de 1996?  
(Aplicable para TANF y asistencia general)  Sí  No
6. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido declarado culpable de intercambiar prestaciones de alimentos por drogas después del 22 de septiembre de 1996?  
(Aplicable para prestaciones de alimentos)  Sí  No
7. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido declarado culpable de comprar o vender prestaciones de alimentos por más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996?  
(Aplicable para prestaciones de alimentos)  Sí  No
8. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido declarado culpable de recibir por medio de fraude prestaciones de alimentos por duplicado en algún estado después del 22 de septiembre de 1996?  
(Aplicable para prestaciones de alimentos)  Sí  No
9. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido declarado culpable de intercambiar prestaciones de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?  
(Aplicable para prestaciones de alimentos)  Sí  No
10. Responda las siguientes preguntas si el padre/la madre de algún niño menor de 18 años de su hogar no vive con ustedes:

Nombre del menor	Nombre del padre/ la madre ausente	Fecha de nacimiento del padre/la madre ausente	Número de seguro social del padre/la madre ausente	Dirección del padre/la madre ausente	Empleador del padre/la madre ausente

11. ¿Hay algún niño menor de 19 años que vive en su hogar?  Sí  No Si la respuesta es sí, responda lo siguiente.

Nombre del padre/de la madre o persona encargada	Nombre del menor

### PASO 3

### Datos sobre su atención médica.



¿Alguien en su hogar es elegible para cobertura de salud a través de su empleo (aunque la cobertura sea por el empleo de otra persona, por ejemplo el padre/la madre o el cónyuge)? Si la respuesta es sí, tiene que llenar el Apéndice A.  Sí  No

¿Es un plan de beneficios para empleados del estado?  Sí  No

¿Aparte de Medicaid, alguien en su hogar tiene seguro médico o Medicare?  Sí  No

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la póliza	Nombre del seguro	A quién cubre el seguro	Marque con un círculo lo que cubre el seguro	Número de la póliza
			Doctor · Hospital · Análisis · Radiografías	
			Doctor · Hospital · Análisis · Radiografías	
			Doctor · Hospital · Análisis · Radiografías	

12. Nombre de toda persona de su hogar que esté embarazada \_\_\_\_\_ fecha prevista del parto \_\_\_\_\_

¿Cuántos bebés se espera que tenga de este embarazo? \_\_\_\_\_

13. Nombre toda persona que padezca alguna afección física, médica, mental o emocional que limite sus actividades (por ejemplo, bañarse, vestirse, hacer las tareas del diario, trabajar, etc.) o que viva en un centro médico o asilo de ancianos.

14. Nombre de toda persona que se haya lesionado en los últimos 2 años (accidente automovilístico, lesión de trabajo, negligencia médica, etc.). \_\_\_\_\_



30.  **OTROS INGRESOS**

¿De qué fuente provienen los ingresos?	¿Quién gana este dinero?	¿Cuánto gana?	¿Con qué frecuencia le pagan?
Seguro Social		\$	
Ingresos complementarios del seguro social [SSI, en inglés]		\$	
Beneficios de veteranos		\$	
Pensiones		\$	
Cuentas de jubilación		\$	
Subsidios por desempleo		\$	
Indemnización por accidentes de trabajo		\$	
Sustento al menor		\$	
Pensión alimenticia recibida		\$	
Estudio de trabajo		\$	
Dinero obtenido de intereses o dividendos		\$	
Agricultura/Pesca (netos)		\$	
Alquileres/Regalías (netos)		\$	
Otros ingresos		\$	

**CAMBIOS EN EL EMPLEO**

31. En el año pasado, alguien:  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Nada de esto



Llene las preguntas de la 32 a la 34 para Prestaciones de alimentos solamente

32. ¿Alguien de su hogar renunció a su trabajo en los últimos 30 días?  Sí  No

Si la respuesta es sí, nombre del empleador \_\_\_\_\_

33. ¿Alguien en su hogar es trabajador migratorio o de la agricultura por temporada?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién es esa persona? \_\_\_\_\_

34. ¿Alguien en su hogar está en huelga?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién es esa persona? \_\_\_\_\_

**PASO 5** ¿Qué tiene de lo siguiente?



Llene esta sección para Asistencia Monetaria solamente

35. ¿Alguien en su hogar tiene automóvil (no incluya su auto)?

Sí  No

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Marca	Modelo	Año	Cantidad que debe todavía
			\$
			\$

30. **OTROS INGRESOS**

¿De qué fuente provienen los ingresos?	¿Quién gana este dinero?	¿Cuánto gana?	¿Con qué frecuencia le pagan?
Seguro Social		\$	
Ingresos complementarios del seguro social [SSI, en inglés]		\$	
Beneficios de veteranos		\$	
Pensiones		\$	
Cuentas de jubilación		\$	
Subsidios por desempleo		\$	
Indemnización por accidentes de trabajo		\$	
Sustento al menor		\$	
Pensión alimenticia recibida		\$	
Estudio de trabajo		\$	
Dinero obtenido de intereses o dividendos		\$	
Agricultura/Pesca (netos)		\$	
Alquileres/Regalías (netos)		\$	
Otros ingresos		\$	

**CAMBIOS EN EL EMPLEO**

31. En el año pasado, alguien:  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Nada de esto



Llene las preguntas de la 32 a la 34 para Prestaciones de alimentos solamente

32. ¿Alguien de su hogar renunció a su trabajo en los últimos 30 días?  Sí  No

Si la respuesta es sí, nombre del empleador \_\_\_\_\_

33. ¿Alguien en su hogar es trabajador migratorio o de la agricultura por temporada?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién es esa persona? \_\_\_\_\_

34. ¿Alguien en su hogar está en huelga?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién es esa persona? \_\_\_\_\_

**PASO 5 ¿Qué tiene de lo siguiente?**



Llene esta sección para Asistencia Monetaria solamente

35. ¿Alguien en su hogar tiene automóvil (no incluya su auto)?

Sí  No Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Marca	Modelo	Año	Cantidad que debe todavía
			\$
			\$

36. ¿Alguien posee o es propietario de tierras, edificios, o casas aparte de la casa en la que vive?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién es el propietario? \_\_\_\_\_

37. ¿Alguien percibe ingresos por esta propiedad?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuánto recibe? \$ \_\_\_\_\_

38. ¿Alguien del hogar tiene lo siguiente?

Tipo de cuenta	Sí o No	¿A nombre de quién está la cuenta?	Número de cuenta	Saldo
Banco o Cooperativa de crédito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Acciones o bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Certificados de ahorro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Cuentas de jubilación IRA o Keogh	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Fondos fiduciarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$

## PASO 6

### Datos sobre sus deducciones de los impuestos.



Marque todo lo que corresponda e indique la suma que paga y con qué frecuencia.

Si nos informa sobre los artículos por los que paga que se pueden deducir de las declaraciones de los impuestos, el costo de la cobertura de salud podría ser menor.

**NOTA:** No debe incluir los costos que ya haya incluido en la respuesta de ingresos netos del empleo por cuenta propia (pregunta 29c).

- Pagos de pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_
- Deducciones por intereses de préstamos estudiantiles \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_
- Otras deducciones de los impuestos\* \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

\*Para otras posibles deducciones, refiérase a su más reciente formulario de declaración de los impuestos 1040, en la sección de Ingreso Bruto Ajustado.

## PASO 7

### Datos sobre sus gastos médicos.



Si usted o alguien de su hogar tiene gastos médicos y tiene 60 años o más, o está ciego y/o recibe prestaciones federales por discapacidad (SSA, SSI, VA), indique el nombre de la persona y la suma de gastos médicos que paga mensualmente.

Nombre		Nombre	
Hospitalización	\$	Hospitalización	\$
Medicamentos por receta médica	\$	Medicamentos por receta médica	\$
Doctor	\$	Doctor	\$
Cuidado de la vista	\$	Cuidado de la vista	\$
Dentista	\$	Dentista	\$
Primas mensuales	\$	Primas mensuales	\$
Transporte para cuidados médicos	\$	Transporte para cuidados médicos	\$
Otro	\$	Otro	\$

## PASO 8

### Datos sobre los gastos de su hogar.



Datos sobre las cuentas que paga. (Quizás necesitemos copias de las cuentas)

#### Vivienda:

¿Cuáles son sus gastos de vivienda (indique lo que tiene que pagar)?

39. Alquiler: \$ \_\_\_\_\_ al mes
- ¿Esta vivienda es por sección 8 del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) o alguna otra asistencia para el alquiler?  Sí  No
- ¿El alquiler incluye las comidas (habitación y comida)?  Sí \$ \_\_\_\_\_  No
- O ¿usted paga por la comida solamente?  Sí \$ \_\_\_\_\_  No
40. Alquiler de la parcela de la casa móvil \$ \_\_\_\_\_ al mes
41. Hipoteca/ Casa móvil \$ \_\_\_\_\_ al mes
42. Segunda hipoteca o Préstamo sobre el capital de la vivienda \$ \_\_\_\_\_ al mes
43. Seguro sobre la vivienda \$ \_\_\_\_\_ al mes
44. Impuesto sobre la propiedad \$ \_\_\_\_\_ al mes
45. Impuesto especial \$ \_\_\_\_\_ al mes
46. Tarifas de condominio/Asociación \$ \_\_\_\_\_ al mes

#### Servicios públicos:

Marque todas las casillas que correspondan e indique la cantidad.

- Electricidad \$ \_\_\_\_\_
- Aire acondicionado (central o unidad independiente) \$ \_\_\_\_\_
- Calefacción (gas, eléctrica, de petróleo, gas propano, madera, queroseno) \$ \_\_\_\_\_
- Gas (para cocinar) \$ \_\_\_\_\_
- Agua potable/Aguas residuales \$ \_\_\_\_\_
- Basura \$ \_\_\_\_\_
- Teléfono \$ \_\_\_\_\_
- HUD/WHA/DSHA (cheque de asignación para los servicios públicos) \$ \_\_\_\_\_
- Servicios públicos excedentes solamente \$ \_\_\_\_\_

#### Otro:

47. ¿Gastos por el cuidado de dependientes?  Sí \$ \_\_\_\_\_  No
48. ¿Pagos obligatorios de sustento al menor?  Sí \$ \_\_\_\_\_  No

## Notificación y verificación de gastos:

Cerciórese de ingresar todos sus gastos para que pueda ser elegible para recibir todas las prestaciones de alimentos que necesita. Si deja de poner algún gasto, no podremos contarle a la hora de decidir la cantidad de ayuda que se le debe dar.

- Gastos de vivienda (alquiler/hipoteca/parcela);
- Impuestos sobre los bienes raíces;
- Gastos de agua potable y de aguas residuales;
- Gastos de teléfono;
- Gastos por el cuidado de dependientes;
- Seguro sobre la vivienda;
- Gastos de servicios públicos (gas/electricidad/petróleo);
- Gastos de basura;
- Gastos médicos;
- Gastos de sustento al menor que paga por niños que no viven en su hogar.

## ¿Necesita servicios de guardería?



Indique la razón por la que necesita servicios de guardería.

- Trabaja       Tratando de terminar la secundaria o programa de GED
- Educación/capacitación (como parte del Programa de Empleo y Capacitación (E&T, por sus siglas en inglés) de DSS)
- Salud (explique): \_\_\_\_\_
- Otro (explique): \_\_\_\_\_

Nombre(s) del/de los niño(s) que necesita(n) Servicios de guardería	Cantidad de horas que necesita	Nombre del proveedor, dirección y número de teléfono	Número de ID del proveedor	Proveedor de DHSS o alguien que encontró por su cuenta	Fecha de comienzo de los servicios

## ¿Alguien en su hogar va a la escuela?



Llene esta sección solo para Asistencia Monetaria, de Guardería y Complementos de Alimentos

Llene esta sección con el nombre de toda persona de su hogar que asista a la escuela, incluso aunque sea una escuela vocacional.

Persona(s) en la escuela	Nombre de la Escuela	Horario completo/Parcial	Grado	Fecha prevista de graduación si tiene 16 años o más



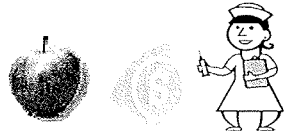
## Autorizaciones

### Autorización para Recibir Información sobre Prevención del Embarazo

Si desea recibir información al respecto, puede llamar a Planned Parenthood, al 1-800-230-PLAN (7526).

Para recibir información sobre el embarazo en la adolescencia, llame a Alliance for Adolescent Pregnancy Prevention (Alianza para la prevención del embarazo en la adolescencia), al 1-800-499-WAIT (9248). También puede llamar a la Línea directa de Delaware, al 211 o al 1-800-464-4357 para obtener información sobre la clínica de Planificación Familiar de Salud Pública de su área.

## Sanciones



### Para los Programas de Complementos de Alimentos y Asistencia Monetaria y Médica

Aunque no es obligatorio dar su número de seguro social, debe entender que si no da el número de seguro social suyo o de alguna de las personas en su hogar, se le podrían denegar los servicios. Su número de seguro social se usará para determinar la elegibilidad inicial y la continuidad de la elegibilidad. Los extranjeros sin categoría migratoria legal no tienen que dar su número de seguro social.

Usaremos su número de seguro social para comprobar la información de nuestros archivos con la de los sistemas de computación de verificación de otras agencias federales, estatales y locales. Si intencionalmente nos da información falsa, podríamos iniciar acciones legales contra usted.

Si recibe prestaciones que no debería recibir, será su responsabilidad devolver las prestaciones que recibió durante el período de elegibilidad y aunque ya no reciba prestaciones.

Una persona no podrá recibir Prestaciones de alimentos o Asistencia Monetaria si:

- es prófugo(a) de la justicia para evadir ser enjuiciado, detenido o recluido luego de haber sido declarado culpable por un delito grave, o
- ha violado una de las condiciones de su libertad condicional o libertad a prueba impuesta por las leyes estatales o federales.



### Sanciones del Programa de Asistencia Monetaria

No dé información falsa, u oculte información, para recibir o continuar recibiendo Asistencia Monetaria.

Si...	Usted...
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alguna de las personas de su hogar intencionalmente infringe alguno de los reglamentos del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pierde el derecho a asistencia monetaria durante 12 meses por la primera infracción.</li> <li>▪ Pierde el derecho a asistencia monetaria durante 24 meses por la segunda infracción.</li> <li>▪ Pierde permanentemente el derecho a asistencia monetaria por la tercera infracción.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alguno de los solicitantes o beneficiarios da información falsa para obtener prestaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estaría sujeto a sanciones que podrían ser desde una multa de hasta \$500 y encarcelamiento por un período de hasta 6 meses.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si a alguna persona de su hogar la declararan culpable de distorsión de la información sobre su lugar de residencia para obtener prestaciones adicionales de programas subvencionados por TANF durante el mismo mes en dos estados o más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pierde el derecho a asistencia monetaria durante 10 años.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A alguna de las personas de su hogar la declaran culpable de un delito grave por poseer, usar o vender sustancias controladas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pierde permanentemente el derecho a asistencia monetaria.</li> </ul>

### Sanciones de TANF por renunciar al empleo

Si una persona renuncia a su empleo sin motivos fundados cesarán todas las prestaciones de TANF durante un mes o hasta que la persona cumpla con los requisitos de empleo o de capacitación durante cuatro semanas seguidas, de las dos opciones, la última que suceda.

### Sanciones de TANF por cuestiones de trabajo y capacitación

Si una persona no cumple con los requisitos de trabajo y capacitación cesarán todas las prestaciones de TANF durante un mes o hasta que la persona cumpla con los requisitos de empleo o de capacitación durante cuatro semanas seguidas, de las dos opciones, la última que suceda.



### Sanciones del Programa de Complementos de Alimentos

Si usted...	Perderá el derecho a sus prestaciones de alimentos...
<ul style="list-style-type: none"><li>Ocultar información o hacer declaraciones falsas</li><li>Usar una tarjeta de EBT que pertenece a otra persona</li><li>Usar prestaciones de alimentos para comprar bebidas alcohólicas o tabaco</li><li>Intercambiar o vender prestaciones de alimentos o tarjetas de EBT</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>12 meses por la primera infracción</li><li>24 meses por la segunda infracción</li><li>Permanente por la tercera infracción</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Intercambiar prestaciones de alimentos por sustancias controladas, por ejemplo drogas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>24 meses por la primera infracción</li><li>Permanente por la segunda infracción</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Intercambiar prestaciones de alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Permanente</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Intercambiar, comprar o vender prestaciones de alimentos por más de \$500</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Permanente</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Dar información falsa sobre su persona y su lugar de residencia para obtener prestaciones de alimentos adicionales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 años por cada infracción</li></ul>

También podría imponerse una sanción de hasta \$250,000 o mandarle a la cárcel por un período de hasta 20 años, o ambas cosas, por cometer estas infracciones. También podrían enjuiciarlo conforme a las leyes federales.

Verificaremos la información que usted nos dé para cerciorarnos de que su familia es elegible para recibir prestaciones de alimentos y Asistencia Monetaria. Los funcionarios del gobierno federal, estatal y local verificarán la información que usted nos dé. Otros programas de ayuda federal y programas estatales subvencionados por el gobierno federal, como por ejemplo Almuerzos Escolares y Medicaid también podrían verificar la información que usted nos dé. Si se determina que alguno de los datos que nos dio está incorrecto, se le podrían denegar las Prestaciones de alimentos/Asistencia Monetaria. Si intencionalmente nos da información falsa, podríamos iniciar acciones legales contra usted. Es posible que también tenga que devolver la suma total de prestaciones que no debía haber recibido.



### Para prestaciones de alimentos Declaración de no discriminación

El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe que se discrimine a sus clientes, empleados y postulantes para empleo debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y en los casos en que sea pertinente, por sus ideas políticas, estado civil, clasificación familiar o de padre/madre, orientación sexual, o debido a que todo o parte de los ingresos del individuo provengan de programas de asistencia pública, o debido a información genética protegida en empleos o en algún otro programa o debido a actividades conducidas o subvencionadas por el Departamento. (No todos estos motivos son aplicables a todos los programas y/o actividades de empleo). Si desea presentar una queja por discriminación al programa de Derechos Civiles, llene el Formulario de Queja por Discriminación del USDA que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar uno. También puede escribir una carta con toda la información que se pide en el formulario. El formulario de queja completo o la carta pueden enviarse por correo a: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o por correo electrónico a: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Las personas sordas o las personas con problemas de audición o que tienen alguna discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (para español).

Para cualquier otra información relacionada con problemas concernientes al Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (SNAP), la persona se puede comunicar con la Línea directa de SNAP del USDA llamando al (800) 221-5689, que también funciona en español. Puede también llamar a los números de Líneas directas/de Información del estado (haga clic en el enlace de la lista de números de líneas directas por estado); que se encuentra en línea en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.



## Para Asistencia Monetaria, Asistencia Médica y Servicios de guardería Declaración de no discriminación

Reconozco que conforme a las leyes federales, se prohíbe discriminar a nadie debido a su raza, color, país de origen, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación me puedo dirigir a [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).

## Datos sobre el Programa de Asistencia Médica



## Para los Programas de Complementos de Alimentos y Asistencia Monetaria y Médica

### Yo entiendo y acuerdo que:

- Tengo que solicitar y aceptar otras prestaciones a las que pudiera tener derecho tales como de Subsidios por Desempleo, Seguro Social o Medicare.
- Por ley y como condición de mi elegibilidad, cedo a DHSS todos mis derechos a asistencia médica y al pago de atención médica por terceros.
- Debo permitir que DHSS, ya sea directamente o a través de sus agentes, o el Diamond State Health Plan o el Delaware Healthy Children Program, tengan acceso a todos los archivos médicos y los archivos médicos y de servicios afines generados en las escuelas de cada uno de los miembros de mi hogar que sean elegibles para Asistencia Médica. Esto le permitirá a DHSS administrar el programa de asistencia médica, coordinar la atención médica, determinar las necesidades médicas y evaluar o pagar por servicios médicos incurridos o pendientes.
- Confirmando que ninguna de las personas que solicitan asistencia médica en esta solicitud están recluidas (detenidas o encarceladas). De no ser así, \_\_\_\_\_ está encarcelado(a). Entiendo que no puedo recibir prestaciones de Asistencia Médica o CHIP mientras me encuentre encarcelado(a).

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para ayudarlo a pagar por asistencia médica si decide solicitarla. Sus respuestas se comprobarán con información obtenida de bases de datos electrónicas. Si la información no concuerda, le pediremos que nos envíe comprobantes.

### Renovación de la cobertura en el futuro

A manera de facilitar la determinación de mi elegibilidad para ayudarme a pagar por cobertura de salud en el futuro, estoy de acuerdo en permitir que el Mercado de Salud use la información relacionada con mis ingresos, incluidos los datos de mis declaraciones de los impuestos. El Mercado de Salud me enviará un aviso, podré hacer cambios y puedo optar por dejar de participar en cualquier momento.

Sí, renueven mi elegibilidad automáticamente durante los próximos  5 años (la cantidad máxima de años permitida),

o durante un período de tiempo más corto:

4 años  3 años  2 años  1 año

No usen la información de mis declaraciones de los impuestos para renovar mi cobertura.

## Yo entiendo y acuerdo que:

- Recibiré automáticamente servicios de apoyo para el sustento de menores de la División de Cumplimiento de Sustento al Menor (DCSE, por sus siglas en inglés).
- Tengo que cooperar con la DCSE para establecer la paternidad y obtener ayuda médica para cualquier menor que reciba asistencia médica.
- La DCSE está autorizada a deducir directamente de mis pagos de sustento al menor, todas y cada una de las sumas que se le deban a la División de Servicios Sociales.
- No tendré derecho a recibir prestaciones si no colaboro con la DCSE a no ser que tenga motivos fundados para no hacerlo. Mi(s) hijo(s) de todas formas podría(n) ser elegible(s).
- Las mujeres embarazadas no tienen que cooperar para establecer la paternidad y obtener ayuda médica.

Algunos programas de Medicaid exigen que usted se inscriba en una organización de administración de la salud.

Para inscribirse en una organización de administración de la salud (MCO, por sus siglas en inglés), llame a la Administración de Prestaciones de Salud al 1-800-996-9969.

## Divulgación de Información

### Para todos los programas

Toda información y documentación obtenida para determinar su elegibilidad para Asistencia Monetaria, Complementos de Alimentos, Guardería y Asistencia Médica o para cualquier otro tipo de uso relacionado con los programas, es confidencial. Cada programa cuenta con medidas de protección que limitan el uso y la divulgación de la información sobre su persona solo para los fines directamente relacionados con la administración del programa.

El revelar información relacionada con su elegibilidad a cualquier persona que no esté autorizada a recibir dicha información es un incumplimiento de las leyes estatales y federales y podría traer como resultado que se inicien acciones legales.

Mantendremos la confidencialidad de la información sobre su elegibilidad, a no ser que usted nos dé permiso para revelar dicha información a terceros.

## Certificaciones y Firmas

### Certificación de ciudadanía y de categoría migratoria de extranjeros

Certifico, bajo pena de perjurio, que yo soy, y todos los miembros de mi hogar son, ciudadano(s) estadounidense(s) o extranjero(s) con categoría migratoria legal. Los extranjeros sin categoría migratoria legal solo son elegibles para servicios de emergencia y para servicios de parto.

### Certificación de la elección del cabeza de familia

Leí y se me explicaron las disposiciones relacionadas con la elección del cabeza de familia. Seleccioné a la siguiente persona como cabeza de familia y certifico que todos los miembros adultos de mi hogar están de acuerdo con esta elección.

---

(Cabeza de familia nombrado)

### Certificación de comprensión y veracidad de las respuestas de la solicitud

Entiendo las preguntas de esta solicitud y las sanciones impuestas por ocultar o dar información falsa o de infringir alguno de los reglamentos que se mencionan en la sección de advertencia de sanciones. Certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas son correctas y están completas, incluida la información relacionada con la ciudadanía o la categoría migratoria de extranjeros de cada uno de los miembros del hogar que solicitaron prestaciones. Entiendo y acuerdo entregar los documentos que comprueban lo que he dicho. Entiendo y acuerdo que DHSS podría comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener los comprobantes necesarios de mi elegibilidad y nivel de prestaciones.

Leí o se me leyeron, todas las declaraciones de este formulario y la información que doy es cierta y está completa a mi leal saber y entender. Entiendo que se me podría sancionar si a sabiendas doy información falsa. Entiendo que toda la

información que doy es confidencial y que las leyes federales y estatales imponen límites a la divulgación de información sobre mi persona.

Acuerdo permitir a los Servicios de Salud y Sociales de Delaware, o a sus representantes, actuar en mi nombre en la recuperación de toda suma que los programas de asistencia médica hayan gastado si hubiese otras fuentes disponibles para pagar las cuentas médicas, por ejemplo de seguros médicos, patrimonios, etc.

Tengo derecho a solicitar una Audiencia imparcial si no estoy satisfecho(a) con cualquier decisión que se haya tomado relacionada con mi elegibilidad o prestaciones. Un abogado o cualquier otra persona que yo elija puede ser mi representante.

**Leí o se me leyeron y entiendo los Derechos y Deberes actualmente vigentes. El/la trabajador(a) de DHSS me entregó una copia de los Derechos y Deberes.**

La persona que llenó el paso 1 es quien debe firmar esta solicitud. Si usted es el representante autorizado, puede firmar aquí siempre y cuando haya provisto la información necesaria en el Apéndice C.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la esposo(a)/pareja de hecho (no es necesario para asistencia médica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

### Para las personas que no hablan inglés

Se ofrecieron servicios de traducción o un miembro de la familia o alguna otra persona estuvo presente para traducir.



\_\_\_\_\_  
Firma del/de la traductor(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono y agencia/Relación





# SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD DE DELAWARE

# APÉNDICE A

## Cobertura de salud por el empleo

NO es necesario responder a estas preguntas a no ser que alguien del hogar sea elegible para cobertura de salud por el empleo. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura.

Datos sobre el **empleo** que ofrece cobertura.

Entregue la sección de Instrumento de Cobertura del Empleador que aparece en la siguiente página al empleador que ofrece la cobertura para que le ayuden a responder estas preguntas. Solo tiene que incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la del Instrumento de Cobertura del Empleador.

### Datos sobre el EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Primero, Segundo, Apellido)	2. Número de seguro social del empleado - - - - -
---	--

### Datos sobre el EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación del Empleador (EIN) - - - - -	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador ( ) -	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿Con quién nos podemos comunicar en este empleo acerca de la cobertura de salud del empleado?		
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior) ( ) -	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿En la actualidad es usted elegible para alguna cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos tres meses?

Sí (Continúe)

13a. Si se encuentra en un período de espera o de prueba, ¿cuándo se podrá inscribir en alguna cobertura? \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Indique el nombre de cualquier otra persona que sea elegible para cobertura a través de este empleo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

No (Pare aquí y salte al Paso 5 de la solicitud)

### Datos sobre el plan de salud que ofrece este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple con el valor mínimo estándar\*?  Sí (Salte a la pregunta 15)  No (Pare aquí y entregue el formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumple con el valor mínimo estándar\* ofrecido solo al empleado (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, díganos la prima que el empleado tendría que pagar si él/ella recibiera el máximo de descuento por algún programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento por programas de bienestar.

a. Con este plan, ¿cuánto tendría que pagar de primas el empleado? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  
 Trimestralmente  Anualmente

16. ¿Qué tipo de cambios hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud  
 El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima del plan de menor costo disponible para el empleado solamente y que cumple con el valor mínimo estándar\*. (La prima debe reflejar los descuentos para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15).

a. Con este plan, ¿cuánto tendría que pagar de primas el empleado? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  
 Trimestralmente  Anualmente

Fecha del cambio (mes/día/año): \_\_\_\_\_

\* El plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "valor mínimo estándar" si el por ciento del total del costo permitido de los beneficios cubiertos por el plan es no menor del 60 por ciento de dichos costos (Artículo 36B(c)(2)(C)(ii) del Código del Servicio de Rentas Internas de 1986)

# INSTRUMENTO DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Utilice este instrumento para ayudar a responder las preguntas del Apéndice A acerca de toda cobertura de salud del empleador para la que es elegible (incluso aunque sea a través del empleo de otra persona, por ejemplo el padre/la madre o esposo/a). La información en las casillas enumeradas a continuación se corresponde con las casillas en el Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 en esta página debe corresponderse con la de la pregunta 14 del Apéndice A.

Ponga su nombre y número de seguro social en las casillas 1 y 2 y pida al empleador que llene el resto del formulario. Llene un instrumento por cada empleador que ofrezca cobertura de salud.

## Datos sobre el EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Primero, Segundo, Apellido)	2. Número de seguro social del empleado
---	---

## Datos sobre el EMPLEADOR

3. Nombre del empleador		4. Número de Identificación del Empleador (EIN)	
5. Dirección del empleador		6. Número de teléfono del empleador ( ) -	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal	
10. ¿Con quién nos podemos comunicar en este empleo acerca de la cobertura de salud del empleado?			
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior) ( ) -		12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿En la actualidad es usted elegible para alguna cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos tres meses?

Sí (Continúe)

13a. Si se encuentra en un período de espera o de prueba, ¿cuándo se podrá inscribir en alguna cobertura? \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Indique el nombre de cualquier otra persona que sea elegible para cobertura a través de este empleo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

No (Pare aquí y salte al Paso 5 de la solicitud)

## Datos sobre el plan de salud que ofrece este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple con el valor mínimo estándar\*?  Sí (Salte a la pregunta 15)  
 No (Pare aquí y entregue el formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumple con el valor mínimo estándar\* ofrecido solamente al empleado (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, díganos la prima que el empleado tendría que pagar si él/ella recibiera el máximo de descuento por algún programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento por programas de bienestar.

a. Con este plan, ¿cuánto tendría que pagar de primas el empleado? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  
 Trimestralmente  Anualmente

16. ¿Qué tipo de cambios hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima del plan de menor costo disponible para el empleado solamente y que cumple con el valor mínimo estándar\*. (La prima debe reflejar los descuentos para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15).

a. Con este plan, ¿cuánto tendría que pagar de primas el empleado? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  
 Trimestralmente  Anualmente

Fecha del cambio (mes/día/año): \_\_\_\_\_

\* El plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "valor mínimo estándar" si el por ciento del total del costo permitido de los beneficios cubiertos por el plan es no menor del 60 por ciento de dichos costos (Artículo 36B(c)(2)(C)(ii) del Código del Servicio de Rentas Internas de 1986)



**Miembro de la familia que es Indio(a) Americano(a) o Natural de Alaska (AI/AN)**

Llene este apéndice si usted o uno de los miembro de la familia es Indio(a) Americano(a) o Natural de Alaska. Presente este apéndice junto con su Solicitud para cobertura de salud y ayuda para pagar por los costos.

**Datos sobre el miembro de la familia que es Indio(a) Americano(a) o Natural de Alaska.**

Los Indios Americanos y los Naturales de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indios Americanos, de los programas tribales de salud o los programas urbanos de salud para indios americanos. También es posible que no tengan que pagar por costos compartidos y pudieran tener derecho a períodos de inscripción especiales cada mes. Responda a las siguientes preguntas para cerciorarse de que su familia reciba la mayor cantidad de ayuda posible.

**NOTA:** Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	<b>AI/AN - PERSONA 1</b>		<b>AI/AN - PERSONA 2</b>	
1. Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	Nombre	Segundo nombre	Nombre	Segundo nombre
	Apellido		Apellido	
2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí <b>Si la respuesta es sí, nombre de la tribu</b>  No		<input type="checkbox"/> Sí <b>Si la respuesta es sí, nombre de la tribu</b>  No	
3. ¿Esta persona alguna vez ha recibido servicios de los Servicios de Salud para Indios Americanos, de programas tribales de salud o programas urbanos de salud para indios americanos o a través de una remisión de uno de estos programas?	Sí  No <b>Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indios Americanos, de programas tribales de salud o programas urbanos de salud para indios americanos o a través de remisiones de uno de estos programas?</b>		Sí  No <b>Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indios Americanos, de programas tribales de salud o programas urbanos de salud para indios americanos o a través de remisiones de uno de estos programas?</b>	
4. Algunos fondos recibidos no se pueden contar para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) que incluyó en su solicitud y que representan ingresos de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de la tribu que proceden de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías</li> <li>• Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras de fideicomisos indios por el Departamento del Interior (incluidas las reservas actuales y pasadas)</li> <li>• Fondos por ventas de artículos de importancia cultural</li> </ul>	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____		\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	



### Ayuda para llenar esta Solicitud

Puede elegir un representante autorizado para

- Asistencia Médica
- Asistencia monetaria
- Servicios de guardería
- Prestaciones de alimentos
- Tarjeta EBT

Puede darle permiso a una persona de confianza para hablar con nosotros acerca de esta solicitud, ver su información y actuar en su nombre para los asuntos relacionados con esta solicitud, incluido obtener información acerca de su solicitud y firmar su solicitud en su nombre. A esta persona se le llama un "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con los Servicios de Salud y Sociales de Delaware (DHSS). Si usted ha sido nombrado como representante autorizado de alguna persona en esta solicitud, presente comprobante de dicho nombramiento junto con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sobrenombre)

2. Dirección

3. Número de apartamento o suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Número de teléfono ( ) -

### Representante Autorizado para mi tarjeta EBT

Yo, \_\_\_\_\_ deseo que \_\_\_\_\_  
Su nombre Nombre de su representante

sea mi representante y que se le expida una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) para mi cuenta de prestaciones de alimentos y podrá usarla para comprar alimentos. Entiendo que esto significa que el representante tendrá acceso a mis prestaciones de alimentos y que las prestaciones usadas por el representante no serán restituidas.

8. Nombre de la organización

9. Número de identificación (si corresponde)

Con su firma a continuación, usted da permiso para que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial acerca de esta solicitud, y actúe en su nombre en el futuro en todos los asuntos relacionados con esta agencia.

10. Su firma

11. Fecha (mes/día/año)

### Solamente para asesores, guías, agentes y apoderados acreditados en asuntos de solicitudes.

Llene esta sección si es un asesor, guía, agente o apoderado acreditado que llenó esta solicitud a nombre de otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mes/día/año)

2. Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sobrenombre

3. Nombre de la organización

4. Número de identificación (si corresponde)