



DEPARTMENT OF  
HUMAN SERVICES

# Formulario de solicitud combinada

Complete su solicitud en línea en <https://mnbenefits.mn.gov>

**Esta solicitud se puede utilizar para postular a cualquiera de los siguientes programas:**

## **Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)**

El SNAP ayuda a los residentes de bajos ingresos del estado de Minnesota a obtener los alimentos que necesitan para tener una buena nutrición y una dieta balanceada. Si usted tiene 60 años o más y va a solicitar solamente el beneficio SNAP, por favor use la "Solicitud para Personas de la tercera edad para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria" ("Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Application for Seniors") (DHS-5223F).

## **Programas de asistencia en efectivo**

Los programas de asistencia en efectivo se proveen para ayudar a las familias y personas a satisfacer sus necesidades básicas hasta que ellas se puedan mantener por sí mismas. Los programas de asistencia en efectivo incluyen:

- Diversionary Work Program - DWP (Programa de Asistencia para Trabajo Inmediato)
- Emergency Assistance - EA\* (Asistencia de Emergencia)\*
- General Assistance - GA (Asistencia General)
- Housing Support (HS) - (Asistencia para la vivienda)
- Minnesota Family Investment Program - MFIP (Programa de Inversión Familiar de Minnesota)
- Minnesota Supplemental Aid - MSA (Ayuda Suplementaria de Minnesota)
- Refugee Cash Assistance - RCA (Asistencia en Efectivo para Refugiados).

Si necesita ayuda para pagar el cuidado de menores, pregunte a su trabajador cómo hacer una solicitud para el Child Care Assistance Program (Programa de Asistencia para Cuidado de Menores).

### **¿Necesita hacer una solicitud para cobertura de cuidado de salud?**

Haga su solicitud para obtener cobertura gratis o de bajo costo en MNsure, el mercado de seguros médicos en línea de Minnesota. Vaya a [www.mnsure.org](http://www.mnsure.org) o llame al 1-855-366-7873.

## **Cómo llenar esta solicitud**

Lea toda la información en esta solicitud. Pida la colaboración de alguien si necesita ayuda para llenar esta solicitud. Complete y devuelva las páginas 1 a 12 a su agencia lo más pronto posible. Podemos poner la fecha de su solicitud si tenemos su nombre, dirección y firma (páginas 1-2), pero debemos tener la solicitud completa para decidir si puede recibir ayuda.

Para que su solicitud se considere completa, usted debe responder todas las preguntas y cierta información suya deberá ser verificada. El SNAP y los programas de asistencia en efectivo requieren una entrevista con un trabajador social. En el caso del SNAP, esta puede ser una entrevista por teléfono.

Para responder a las preguntas sobre el estado civil y raza, consulte la página 2 de esta solicitud.

Adjunta a esta solicitud hay información que se discutirá y revisará con usted durante la entrevista. Revise estas páginas antes de la entrevista y comunique a su trabajador si tiene preguntas sobre estos formularios.

Si falta a su cita de la entrevista, debe reprogramar su cita. Si no reprograma su cita, podemos suspender o no aprobar sus beneficios.

Necesitará proveer prueba de la información que reporte en esta solicitud. Su trabajador podrá pedirle pruebas adicionales. No podrá obtener ayuda hasta que tengamos prueba de esta información. Traiga la información requerida usted mismo a la entrevista o envíela a su trabajador lo más pronto posible.

Debe informar inmediatamente de cualquier cambio mientras su solicitud esté pendiente.

Envíe su solicitud completada a la agencia del condado o de la tribu donde reside.

## **Recertificaciones**

Informe todos los cambios ocurridos en los últimos 12 meses en esta solicitud. Usted deberá presentar prueba de la información reportada.

<b>Información requerida</b>	<b>Programas de efectivo</b>	<b>SNAP</b>
Identidad del solicitante o representante autorizado (licencia de manejar, ident. del estado [ID], pasaporte, etc.)	✓	✓
Números de Seguro Social de todas las personas que solicitan ayuda	✓	✓
Residencia en Minnesota (ident. del estado [ID], contrato de arriendo, etc.)	✓	✓
Ingreso** (recibos de salario, pensión, etc.) o cualquier otro dinero que ingrese en su hogar (desempleo, ingreso de patrocinador, etc.). La agencia verificará el ingreso del seguro social.	✓	✓
Gastos de vivienda*** (recibo de pago de la renta/casa, hipoteca, alquiler, vivienda subsidiada, etc.)	✓	✓
Costos médicos*** (cuentas médicas y de prescripciones, etc.)		✓
Relación con los otros miembros del hogar (certificados de nacimiento, licencias de matrimonio, documentos del tribunal, etc.)	✓	
Cuentas de cheques y de ahorro (estado de cuenta bancario, cuenta de depósito directo, Reliacard, etc.)	✓	
Valor de los vehículos (coches, camiones, motos, remolques, caravanas)	✓	
Valor actual de las acciones/bonos, certificados de depósito, fondos de inversión (estado de cuenta, etc.)	✓	
Costos de servicios públicos (estado de cuenta de servicios públicos, cuenta del teléfono, etc.)	✓	
Comprobante de enfermedad o discapacidad (declaración del médico, etc.)	✓	

\* Antes de solicitar Emergency Assistance, consulte con su agencia con respecto a la financiación y los criterios específicos de elegibilidad..

\*\* Prueba de ingresos de los últimos 30 días o los registros del impuesto federal si usted trabaja por cuenta propia..

\*\*\* Sus beneficios SNAP pueden aumentar si además provee los comprobantes de estos gastos: manutención de menores pagada en caso de hijos que no viven con usted; costos de vivienda; gastos médicos (incluso recetas) para personas con discapacidades o que tengan 60 años o más. Sus beneficios DWP pueden aumentar si usted provee los comprobantes de sus costos de vivienda y servicios públicos.

# Formulario de solicitud combinada

Presente su solicitud en línea en:  
<https://mnbenefits.mn.gov>

**No utilice esta solicitud para solicitar cobertura médica.** Lo más pronto que pueden comenzar sus beneficios de SNAP (alimentos) o de dinero en efectivo es la fecha en que la agencia reciba su solicitud. Podemos determinar la fecha de su solicitud si tenemos su nombre, dirección y firma en la página 1. Para que su solicitud esté completa, responda a todas las preguntas de la solicitud. **Informe a alguien si necesita ayuda para completar la solicitud. Asegúrese de firmar y fechar la solicitud en las páginas 1 y 12.**

NÚMERO DE CASO
----------------

<b>PERSONA 1</b>					
NOMBRE LEGAL DEL SOLICITANTE - APELLIDO		PRIMER NOMBRE		NOMBRE MEDIO	
OTROS NOMBRES QUE UTILIZA (apellido, apodo, etc.)				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO		GÉNERO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		ESTADO CIVIL* <input type="radio"/> N <input type="radio"/> M <input type="radio"/> S <input type="radio"/> L <input type="radio"/> D <input type="radio"/> W	
DIRECCIÓN DONDE VIVE (si no tiene dirección, escriba "sin hogar")			NÚMERO DE APT.	CIUDAD	ESTADO
DIRECCIÓN POSTAL (Si es diferente de la dirección donde vive)			NÚMERO DE APT.	CIUDAD	ESTADO
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL		OTRO NÚMERO DE TELÉFONO		¿Vive usted en una reserva? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí – ¿en cuál?	
¿Necesita un intérprete? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Cuál es su idioma preferido para hablar?		¿Cuál es su idioma preferido para escribir?	
ÚLTIMO CURSO ESCOLAR COMPLETADO		MUDANZA MÁS RECIENTE A MINNESOTA (mm/dd/aaaa) Fecha: _____ De: _____			
CIUDADANÍA <input type="radio"/> Ciudadano o nacional de EE.UU. <input type="radio"/> Ciudadano de EEUU naturalizado o derivado <input type="radio"/> No es ciudadano de EE.UU.					
ESTATUS MIGRATORIO		¿Qué programa(s) está solicitando? <input type="checkbox"/> SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Programas de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Asistencia de emergencia <input type="checkbox"/> Ninguno			
¿Está solicitando una ayuda económica del Programa de Apoyo a la Vivienda de MN? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			NOMBRE Y NÚMERO DEL PROVEEDOR DE APOYO A LA VIVIENDA (si lo sabe)		
ETNICIDAD (opcional) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		RAZA** (opcional) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		¿Hay alguien en su hogar que esté embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____	
¿Alguien en su hogar ha recibido anteriormente asistencia en efectivo, productos básicos o beneficios de SNAP? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ ¿Dónde? _____ ¿Qué? _____					

**¿Necesita ayuda inmediatamente? Las preguntas 1 a 4 a continuación, nos ayudarán a decidir si usted puede recibir ayuda con los alimentos inmediatamente.**

1. ¿Cuántos son los ingresos que recibió o recibirá su hogar **este mes**? \$ \_\_\_\_\_  
 1a. ¿Es usted un trabajador por cuenta propia?  Sí  No
2. ¿Cuánto dinero en efectivo, cuenta de cheques o **cuenta de ahorros hay en su hogar** (incluyendo a los niños)?  
 \$ \_\_\_\_\_
3. ¿Cuánto se paga en su **hogar por alquiler/hipoteca**? \$ \_\_\_\_\_  
 3a. ¿Cuáles de los **servicios públicos** paga usted?  
 Calefacción  Aire acondicionado  Electricidad  Teléfono  Ninguno  
 3b. ¿Recibes asistencia energética?  Sí  No
4. ¿Hay alguien en su hogar que sea **trabajador agrícola migrante o de temporada**?  Sí  No

**He revisado mis respuestas y creo que todas son verdaderas y correctas a mi mejor saber y entender.**

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO 	FECHA	AGENCY/TRIBAL SIGNATURE	DATE RECEIVED
<b>*Estado civil:</b> (elija uno) <b>N</b> = Nunca se ha casado <b>M</b> = Casado(a), vive con su cónyuge <b>S</b> = Separado(a) (casados, viven separados) <b>L</b> = Separado(a) legalmente <b>D</b> = Divorciado(a) <b>W</b> = Viudo(a)			
<b>**Raza:</b> (marque todas las que correspondan) <b>A</b> = Asiático <b>B</b> = Negro o afroamericano <b>N</b> = Indio americano o indígena de Alaska <b>P</b> = Indígena de Hawaii o de las islas del Pacífico <b>W</b> = Blanco			

**¿Cuál es su situación de vivienda?** (opcional)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vivienda propia; alquiler, hipoteca o compañero de cuarto<br><input type="checkbox"/> Albergue de emergencia<br><input type="checkbox"/> Hospital, centro de tratamiento, centro de desintoxicación o residencia de ancianos<br><input type="checkbox"/> Lugar que no esté destinado a ser vivienda (cualquier lugar al aire libre, un vehículo, un edificio abandonado o un autobús/tren/aeropuerto) | <input type="checkbox"/> Familia/amigos debido a dificultades económicas<br><input type="checkbox"/> Proveedor de servicios - hogar de acogida, hogar colectivo<br><input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención juvenil<br><input type="checkbox"/> Hotel o motel<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|---|

**Información sobre textos y correos electrónicos**

El Departamento de Servicios Humanos le invita a recibir comunicaciones electrónicas sobre sus beneficios y recursos disponibles. Al seleccionar "sí", usted da su consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas y acepta los términos y condiciones y la política de privacidad del Departamento de Servicios Humanos. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes puede variar. Términos y condiciones en <https://mn.gov/dhs/text-economic-assistance>. Política de privacidad en <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfsrver/Public/DHS-3979-ENG>.

¿Está bien que nos comuniquemos con usted a través de mensajes de texto?  
 No  Sí – ¿A qué número deben llegar los mensajes de texto? \_\_\_\_\_

¿Está bien que nos comuniquemos con usted por correo electrónico?  
 No  Sí – dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

AGENCY USE: MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON			
Eligible for expedited SNAP? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Intends to reside in MN? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Same-day interview offered? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Declined? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Next-day interview offered? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Declined? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
_____ children _____ adults	Does person have sponsor? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Verification: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached			

## Personas adicionales

Haga una lista con todas las personas que viven en su hogar, aunque no esté solicitando para ellas o la persona no esté solicitando asistencia. Las reglas del programa requieren que algunas personas obtengan beneficios juntas. Usted solo tiene que dar el número de seguro social de las personas que están solicitando ayuda. Si algún miembro de su hogar usa otro nombre (de soltera, sobrenombre, etc.) escriba los otros nombres en las casillas de OTROS NOMBRES que aparecen a continuación. **Enumérelas en este orden:** Su cónyuge, otro(s) adulto(s), niños, todos los demás, cualquiera que esté temporalmente ausentado del hogar. Las preguntas de ORIGEN ÉTNICO y RAZA son opcionales y no afectarán su elegibilidad o nivel de beneficios. La razón por la que pedimos esta información es para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color u origen nacional.

PERSONA 2			
NOMBRE LEGAL - APELLIDO		PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON USTED
ESTADO CIVIL*		GÉNERO	MUDANZA MÁS RECIENTE A MINNESOTA
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> M <input type="radio"/> S <input type="radio"/> L <input type="radio"/> D <input type="radio"/> W		<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha (mm/dd/aaaa): _____ De: _____
CIUDADANÍA			
<input type="radio"/> Ciudadano o nacional de EE.UU. <input type="radio"/> Ciudadano de EEUU naturalizado o derivado <input type="radio"/> No es ciudadano de EE.UU.			
ESTATUS MIGRATORIO	¿QUÉ PROGRAMA(S) ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA?		
	<input type="checkbox"/> SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Programas de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Asistencia de emergencia <input type="checkbox"/> Ninguno		
ETNICIDAD (opcional)		RAZA** (opcional)	
¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W	
<b>AGENCY USE: MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON</b>			
Intends to reside in MN? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		RELATIONSHIP VERIFICATION	IMMIGRATION VERIFICATION
Does person have sponsor? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached	<input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

PERSONA 3			
NOMBRE LEGAL - APELLIDO		PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON USTED
ESTADO CIVIL*		GÉNERO	MUDANZA MÁS RECIENTE A MINNESOTA
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> M <input type="radio"/> S <input type="radio"/> L <input type="radio"/> D <input type="radio"/> W		<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha (mm/dd/aaaa): _____ De: _____
CIUDADANÍA			
<input type="radio"/> Ciudadano o nacional de EE.UU. <input type="radio"/> Ciudadano de EEUU naturalizado o derivado <input type="radio"/> No es ciudadano de EE.UU.			
ESTATUS MIGRATORIO	¿QUÉ PROGRAMA(S) ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA?		
	<input type="checkbox"/> SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Programas de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Asistencia de emergencia <input type="checkbox"/> Ninguno		
ETNICIDAD (opcional)		RAZA** (opcional)	
¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W	
<b>AGENCY USE: MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON</b>			
Intends to reside in MN? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		RELATIONSHIP VERIFICATION	IMMIGRATION VERIFICATION
Does person have sponsor? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached	<input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

<b>PERSONA 4</b>				
NOMBRE LEGAL - APELLIDO		PRIMER NOMBRE	NOMBRE MEDIO	OTROS NOMBRES
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	RELACIÓN CON USTED	
ESTADO CIVIL* <input type="radio"/> N <input type="radio"/> M <input type="radio"/> S <input type="radio"/> L <input type="radio"/> D <input type="radio"/> W		ÚLTIMO GRADO ESCOLAR COMPLETADO	MUDANZA MÁS RECIENTE A MINESOTA Fecha (mm/dd/aaaa): _____ De: _____	
CIUDADANÍA <input type="radio"/> Ciudadano o nacional de EE.UU. <input type="radio"/> Ciudadano de EEUU naturalizado o derivado <input type="radio"/> No es ciudadano de EE.UU.				
ESTATUS MIGRATORIO	¿QUÉ PROGRAMA(S) ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Programas de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Asistencia de emergencia <input type="checkbox"/> Ninguno			
ETNICIDAD (opcional) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		RAZA** (opcional) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		
<b>AGENCY USE: MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON</b>				
Intends to reside in MN? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Does person have sponsor? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		RELATIONSHIP VERIFICATION <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached		IMMIGRATION VERIFICATION <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

<b>PERSONA 5</b>				
NOMBRE LEGAL - APELLIDO		PRIMER NOMBRE	NOMBRE MEDIO	OTROS NOMBRES
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	RELACIÓN CON USTED	
ESTADO CIVIL* <input type="radio"/> N <input type="radio"/> M <input type="radio"/> S <input type="radio"/> L <input type="radio"/> D <input type="radio"/> W		ÚLTIMO GRADO ESCOLAR COMPLETADO	MUDANZA MÁS RECIENTE A MINESOTA Fecha (mm/dd/aaaa): _____ De: _____	
CIUDADANÍA <input type="radio"/> Ciudadano o nacional de EE.UU. <input type="radio"/> Ciudadano de EEUU naturalizado o derivado <input type="radio"/> No es ciudadano de EE.UU.				
ESTATUS MIGRATORIO	¿QUÉ PROGRAMA(S) ESTÁ SOLICITANDO ESTA PERSONA? <input type="checkbox"/> SNAP (alimentos) <input type="checkbox"/> Programas de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Asistencia de emergencia <input type="checkbox"/> Ninguno			
ETNICIDAD (opcional) ¿Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		RAZA** (opcional) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		
<b>AGENCY USE: MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON</b>				
Intends to reside in MN? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Does person have sponsor? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		RELATIONSHIP VERIFICATION <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached		IMMIGRATION VERIFICATION <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**Si hay más de 5 personas, complete el formulario DHS-5223S o adjunte una hoja separada. Háblenos acerca de su hogar.**

**Háblenos acerca de su hogar.** (Responda todas las preguntas a continuación.)

1. ¿**Todos** los miembros de su hogar compran, preparan o comen alimentos con usted?

Sí  No

<b>AGENCY USE: EATS</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

2. ¿Hay **alguien** en el hogar, mayor de 60 años o con una discapacidad, que no pueda comprar o preparar la comida debido a una discapacidad?

Sí  No

<b>AGENCY USE: EATS</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

3. ¿Hay **alguien** en el hogar que asista a la escuela?

Sí  No

**AGENCY USE: SCHL**

Confirmed response

VERIFICATION:  requested  attached

4. ¿Hay **alguien** que no viva temporalmente en su hogar?

(por ejemplo: vacaciones, hogar de acogida, tratamiento, hospital, búsqueda de empleo)

Sí  No

**AGENCY USE: REMO**

Confirmed response

VERIFICATION:  requested  attached

5. ¿**Alguien** es ciego o tiene una condición de salud física o mental que limita la capacidad de trabajar o realizar actividades diarias?

Sí  No

**AGENCY USE: DISA, EMPS, PBEN, UNEA, WREG**

Confirmed response

VERIFICATION:  requested  attached

6. ¿Hay **alguien** que no pueda trabajar por razones distintas a una enfermedad o discapacidad?

Sí  No

**AGENCY USE: EMPS, WREG**

Confirmed response

VERIFICATION:  requested  attached

7. ¿Todos los niños menores de 19 años tienen a ambos padres viviendo en el hogar?

Sí  No

**AGENCY USE: INFC/CSIA, ABPS**

Confirmed response

VERIFICATION:  requested  attached

**¿Qué tipo de ingresos tiene?** (Conteste a todas las preguntas siguientes).

8. En los últimos 60 días, **alguien** en el hogar:

Marque todas las que correspondan

¿Dejó de trabajar o renunció a un empleo?

¿Rechazó una oferta de trabajo?

¿Pidió trabajar menos horas?

¿Hizo una huelga?

**AGENCY USE: STWK, STRK, PBEN**

Confirmed response

ELIGIBLE FOR GOOD CAUSE:  Yes  No

VERIFICATION:  requested  attached

DETALLES ADICIONALES

9. ¿**Alguien** en el hogar ha tenido un trabajo o ha trabajado por cuenta propia en los últimos 12 meses?

Sí  No

**Para SNAP solamente:** ¿Alguien en el hogar ha tenido un trabajo o ha trabajado por cuenta propia en los últimos 36 meses?

Sí  No

**AGENCY USE: JOBS, SPON**

Confirmed response

VERIFICATION:  requested  attached

**10. ¿Alguien en su hogar tiene un trabajo o espera obtener ingresos de un trabajo durante este mes o el próximo? Presente o envíe pruebas.**

Sí  No

Si la respuesta es sí:

NOMBRE DEL EMPLEADO	
SALARIO POR HORA	CUÁNTAS HORAS TRABAJA POR SEMANA
NOMBRE DEL EMPLEADOR/EMPRESA	
NOMBRE DEL EMPLEADO	
SALARIO POR HORA	CUÁNTAS HORAS TRABAJA POR SEMANA
NOMBRE DEL EMPLEADOR/EMPRESA	

<b>AGENCY USE: JOBS, STIN, SPON</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached
HOW OFTEN PAID: <input type="checkbox"/> Daily <input type="checkbox"/> Weekly
<input type="checkbox"/> Biweekly <input type="checkbox"/> Semi-monthly <input type="checkbox"/> Other

**Nota:** Incluya los ingresos de trabajo y estudio y pasantía remunerada. Incluya las prestaciones gratuitas o los gastos reducidos recibidos por el trabajo (alojamiento, comida, ropa, etc.).

**11. ¿Hay alguien en el hogar que trabaje por cuenta propia o que espere obtener ingresos por cuenta propia este mes o el próximo? Presente o envíe pruebas.**

Sí  No

Si la respuesta es sí:

INGRESO MENSUAL BRUTO
-----------------------

<b>AGENCY USE: BUSI, RBIC, SPON</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
<input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> taxable
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

- Ejemplos:
- Venta de productos
  - Programa de conservación de reservas (CRP)
  - Servicios personales
  - Agricultura
  - Reparto de periódicos
  - Guardería en casa
  - Alojamiento e internado
  - Alquiler de inmuebles
  - Conductor
  - Servicios de entrega
  - Otros

**12. ¿Espera algún cambio en sus ingresos, gastos u horas de trabajo?**

Sí  No

<b>AGENCY USE: BUSI, JOBS, WKEX</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**Principal Sostén del Hogar (PWE)**

Los hogares con niños que reciben SNAP (alimentos) deben designar a la persona que deseen como PWE. Cualquier adulto de su hogar que reciba beneficios del programa SNAP puede ser el PWE. Hable con su trabajador antes de designar al PWE de SNAP.

PWE DESIGNADO	FIRMA DEL SOLICITANTE
---------------	-----------------------



**13. ¿Alguien en el hogar ha solicitado o recibe alguien recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos? Presente o envíe pruebas.**

<b>AGENCY USE: PBEN, UNEA, SPON</b>	
<input type="checkbox"/> Confirmed response	VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

Seguro Social (RSDI)**	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)**	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Beneficios para veteranos (VA)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Seguro de Desempleo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Indemnización por accidente laboral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Prestaciones por jubilación	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Pagos tribales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Manutención conyugal o familiar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?
Otros ingresos no derivados del trabajo (fideicomisos, regalos, juegos de azar, etc.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	\$	¿Con qué frecuencia?

\*\*La agencia verificará estos ingresos por usted.

**14. ¿Alguien en el hogar tiene o espera obtener algún préstamo, beca o subsidio para asistir a la escuela? Presente o envíe pruebas**  
 Sí  No

<b>AGENCY USE: STIN</b>	
<input type="checkbox"/> Confirmed response	VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**¿Qué tipo de gastos tiene? (Conteste a todas las preguntas que aparecen a continuación).**

**15. ¿Su hogar tiene los siguientes gastos de vivienda? Marque sí o no para cada elemento. Presente o envíe pruebas.**

Alquiler (incluye el alquiler del terreno de la casa móvil)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Pago de la hipoteca/contrato de compraventa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cuotas de la asociación	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Seguro de propietario de vivienda (si no está incluido en la hipoteca)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alojamiento y/o pensión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Impuestos inmobiliarios (si no están incluidos en la hipoteca)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

<b>AGENCY USE: SHEL, EATS</b>	
<input type="checkbox"/> Confirmed response	VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**15a. ¿Usted recibe alguna ayuda para el alquiler (por ejemplo, Sección 8)?**  Sí  No

**16. ¿Su hogar incurre en los siguientes gastos de servicios públicos durante cualquier época del año, incluidos los cargos de temporada? Marque sí o no para cada elemento. Presente o envíe pruebas.**

Calefacción	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Aire acondicionado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Agua y alcantarillado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Electricidad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Teléfono/celular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Eliminación de basura	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

<b>AGENCY USE: ACUT, HEST</b>	
<input type="checkbox"/> Confirmed response	VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**16a. ¿Usted o alguien de su hogar recibió una asistencia para el consumo de energía de más de 20 dólares en los últimos 12 meses?**  
 Sí  No

**17. ¿Usted o alguien que viva con usted** tiene gastos por el cuidado de niños porque usted o ellos están trabajando, buscando trabajo o asistiendo a la escuela? El Programa de Asistencia para el Cuidado de los Niños puede ayudar a pagar los gastos de cuidado de niños. Pregunte a su trabajador cómo puede presentar una solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños.

Sí  No

<b>AGENCY USE: DCEX</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**18. ¿Usted o alguien que viva con usted** tiene gastos para el cuidado de un **adulto enfermo o con discapacidad** porque usted o ellos están trabajando, buscando trabajo o asistiendo a la escuela?

Sí  No

<b>AGENCY USE: DCEX</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**19. ¿Hay alguien** en su hogar que **pague** la manutención de los hijos por orden judicial, manutención del cónyuge, manutención para el cuidado de los niños, manutención médica o que contribuya a un dependiente fiscal que no viva en su casa?

Sí  No

<b>AGENCY USE: COEX</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**20. Sólo para SNAP:** ¿Hay alguien en el hogar que tenga gastos médicos? Para obtener una deducción por gastos médicos debe presentar pruebas de todas las facturas médicas en las que haya incurrido cualquier persona de su hogar **que tenga una discapacidad o sea mayor de 60 años. No traiga** facturas médicas que estén siendo pagadas por algún programa de asistencia médica, seguro médico o alguien que no viva con usted.

Sí  No

<b>AGENCY USE: FMED</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**¿De qué es propietario?** (Responda a todas las preguntas que aparecen a continuación).

**21. ¿Alguien** en el hogar es propietario de alguno de los siguiente? **Presente o envíe una prueba.**

Dinero en efectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cuentas bancarias (de ahorro, corriente, tarjeta de débito, etc.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tarjeta de pago electrónico (Reliacard, Direct Express, etc.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Acciones, bonos, anualidades, 401K, etc.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Vehículos (coches, camiones, motocicletas, caravanas, remolques)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

<b>AGENCY USE: CASH, CARS, ACCT, REST, SECU, SPON</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
EFT OFFERED? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**22. Sólo para los programas de dinero en efectivo:** ¿Alguien en el hogar ha regalado, vendido o intercambiado algo de valor **en los últimos 12 meses?** (Por ejemplo: dinero en efectivo, cuentas bancarias, acciones, bonos, vehículos)

Sí  No

<b>AGENCY USE: TRAN</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**Otra información** (Responda a las preguntas de abajo.)

**23. Sólo para recertificaciones:** ¿Alguien se mudó dentro o fuera de su hogar en los últimos 12 meses?

Sí  No

<b>AGENCY USE: ADME, REMO</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed response
VERIFICATION: <input type="radio"/> requested <input type="radio"/> attached

**24. Sólo para la Asistencia Suplementaria de Minnesota: ¿Alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes gastos?**

Honorarios del representante del beneficiario	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Honorarios del tutor o conservador	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dieta especial prescrita por un médico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Costos elevados de la vivienda	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

<b>AGENCY USE: DIET, PDED</b>
<input type="checkbox"/> <i>Confirmed response</i>
VERIFICATION: <input type="radio"/> <i>requested</i> <input type="radio"/> <i>attached</i>

**Usted puede autorizar a una o más personas para:**

- **Completar formularios y solicitar ayuda de la agencia**
- **Comunicarse con la agencia**
- **Recibir avisos e información relacionada con su caso**
- **Obtenga sus beneficios de SNAP y compre alimentos por usted a través de su cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).**

Usted puede pedir ayuda a más de una persona con los puntos mencionados anteriormente. La persona autorizada puede ser un amigo, pariente, un curador en su representación, un profesional de confianza que actúe en su nombre, una persona autorizada por los tribunales o una persona con poder de representación. Esta(s) persona(s) puede(n) actuar como su representante hasta que usted notifique a su trabajador que desea discontinuar la ayuda. Pida a su trabajador más información sobre los representantes autorizados. **Todas las personas autorizadas deben firmar y fechar la última página de esta solicitud.**

<b>PERSONA AUTORIZADA 1</b>			
QUIERO QUE LA PERSONA NOMBRADA: <input type="checkbox"/> Rellene formularios <input type="checkbox"/> Reciba avisos <input type="checkbox"/> Obtenga y utilice mis beneficios del programa SNAP <input type="checkbox"/> Se comunique	NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
	DIRECCIÓN		
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

<b>PERSONA AUTORIZADA 2</b>			
QUIERO QUE LA PERSONA NOMBRADA: <input type="checkbox"/> Rellene formularios <input type="checkbox"/> Reciba avisos <input type="checkbox"/> Obtenga y utilice mis beneficios del programa SNAP <input type="checkbox"/> Se comunique	NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
	DIRECCIÓN		
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

\*Sólo un representante autorizado puede obtener y utilizar los beneficios de SNAP en nombre del solicitante.

**Tutor legal**

¿Tiene un tutor legal o un conservador, o existe un poder notarial?  Sí  No

Si la respuesta es sí:

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA		ORGANIZACIÓN
¿PAGA USTED UNA CUOTA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	DE SER ASÍ, LA CANTIDAD	¿CON QUÉ FRECUENCIA?

**Adjunte copias de los documentos legales.**

## Otro tipo de ayuda

¿Recibe actualmente ayuda de un trabajador social o de una agencia de servicios sociales?  Sí  No

¿Alguien en su hogar está actualmente sirviendo o ha servido en el ejército?  Sí  No

¿Necesita ayuda con referencias en otras áreas (por ejemplo, albergues de alimentos, vivienda, transporte)?  
 Sí  No

¿Quiere registrarse para votar o actualizar su registro?  Sí  No

## Advertencia sobre sanciones y preguntas de calificación

Si recibe beneficios monetarios o de SNAP, debe seguir las reglas que se indican a continuación.

- **No dé información falsa** ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios. Si recibe beneficios monetarios o de SNAP y da información falsa u oculta información sobre su **identidad** y residencia para obtener beneficios múltiples por el mismo período de tiempo, podría ser excluido durante 10 años.
- **No canjee ni venda** sus beneficios del programa SNAP o las tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT). **El canje o venta de beneficios por un valor de hasta \$500 puede resultar en inelegibilidad permanente.**
- **No use los beneficios monetarios o del programa SNAP para comprar artículos no permitidos**, tales como alcohol y tabaco.
- **No use la(s) tarjeta(s) de acceso de EBT de otra persona** para obtener beneficios monetarios o de SNAP para su hogar.

El estado puede excluir a los miembros del hogar que quebranten cualquiera de estas reglas. La exclusión dura un año por el primer fraude, dos años por el segundo fraude y es permanente por el tercer fraude. Los meses en que estará excluido de MFIP por no cumplir las reglas pueden contar hacia su límite de por vida de 60 meses.

También puede ser enjuiciado por fraude si no cumple con las reglas y se podrían aplicar multas y sanciones adicionales. La pena máxima es una multa de \$250,000 o un período de cárcel de 20 años, o ambos.

**Advertencia de sanción especial del programa SNAP:** Si un tribunal federal, estatal o local determina que usted u otro miembro de su hogar es culpable de dar o recibir beneficios del programa SNAP a cambio de:

- **Sustancias controladas**, ese miembro de su hogar será descalificado de recibir beneficios del programa SNAP por 24 meses por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.
- **Armas de fuego, municiones o explosivos**, ese miembro del hogar será descalificado de recibir beneficios del programa SNAP permanentemente.

**Si usted admite haber cometido un delito mayor relacionado con drogas durante los últimos 10 años**, la agencia del condado podrá solicitar que se le hagan pruebas de drogas al azar. Si la primera vez los resultados de la prueba son positivos, la agencia del condado reducirá los beneficios del programa MFIP o SNAP de su hogar en un 30 por ciento. Si los resultados de la segunda prueba son positivos, quedará descalificado permanentemente.

- Sí  No 1. ¿Un tribunal o cualquier otro proceso civil o administrativo en Minnesota o en cualquier otro estado ha determinado que un miembro de su hogar es culpable, o alguien ha sido descalificado de recibir asistencia pública por incumplir con las reglas antes mencionadas?
- Sí  No 2. ¿Alguna persona del hogar ha sido condenada por hacer declaraciones fraudulentas acerca de su lugar de residencia para obtener beneficios monetarios o de SNAP en más de un estado?
- Sí  No 3. ¿Hay alguien en su hogar ocultándose o huyendo de la ley para evitar un proceso judicial, ser detenido, o para evitar ir a la cárcel por un delito mayor?
- Sí  No 4. ¿Ha sido algún miembro de su hogar condenado por un delito relacionado con drogas durante los últimos 10 años?
- Sí  No 5. ¿Hay algún miembro de su hogar que actualmente esté violando su condición de libertad bajo palabra, libertad condicional o su puesta en libertad bajo supervisión?

**Si marcó sí en cualquier de las preguntas anteriores, haga una lista de los miembros del hogar y ponga el número de pregunta a continuación:**

PREGUNTA NO.	MIEMBRO DEL HOGAR	PREGUNTA NO.	MIEMBRO DEL HOGAR

### Inscripción para servicios de empleo

Entiendo que firmar esta solicitud me inscribe para servicios de empleos. También entiendo que hacerlo inscribe automáticamente a todos aquellos en mi hogar a quienes la agencia apruebe para recibir asistencia conmigo en servicios de empleo. Entiendo que yo u otros en mi hogar tendremos que participar en los servicios de empleo para recibir beneficios de asistencia en efectivo o de SNAP.

### Asignaciones

Entiendo que cuando obtenga el MFIP deberé asignar mis derechos para manutención de menores y pensión alimentaria al estado de Minnesota.

### Perjurio y declaraciones generales

Declaro bajo pena de perjurio, que he examinado esta solicitud y, a mi mejor saber y entender, es una declaración verdadera y correcta de cada uno de los puntos importantes. Entiendo que una persona condenada por perjurio puede ser sentenciada a cumplir no más de cinco años de prisión o al pago de una multa no mayor de \$10,000, o ambos. [Minnesota Statutes, section 256.984, subd. 1]

### Autorización para compartir información para investigación de fraude y auditorías





Convengo en que otros pueden compartir mi información con personas que investigan el fraude y que llevan a cabo auditorías federales o estatales. Esto puede incluir, entre otros:

- Empleadores y escuelas,
- Arrendadores y empresas de servicios públicos,
- Agencias financieras y compañías de seguros, y
- Otras oficinas gubernamentales.

Entiendo que este consentimiento es válido por seis meses después de que cesen mis beneficios.

**Al firmar:**

- Entiendo que la asistencia en efectivo se provee para ayudar a que las familias elegibles cubran sus necesidades básicas.
- Entiendo que si doy información incorrecta o hago un mal uso de la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT), puedo ser investigado e inhabilitado o procesado por fraude. [Ley de Minnesota, secciones 256.98 y 609.821]
- Reconozco que desde mi última solicitud o recertificación, he recibido mis beneficios de efectivo o del programa SNAP directamente o he usado mi tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) para obtener los beneficios de efectivo o del programa SNAP.
- Reconozco que he leído y entendido la sección "Advertencia sobre sanciones y preguntas de calificación" sección en la página 8.
- Reconozco que mi trabajador revisó y explicó el "Aviso de prácticas de privacidad" (DHS-3979) y "Responsabilidades y derechos del cliente" (DHS-4163) adjuntos.
- Estoy de acuerdo en asignar la manutención de mi hijo según lo indicado anteriormente.
- Estoy de acuerdo en que se comparta la información tal y como se indica en la sección de información sobre la investigación del fraude y las auditorías.
- Convengo en que se comparta la información como se indicó en la sección de números de seguro social en la página iii.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO 	FECHA	FIRMA DEL CÓNYUGE U OTRO ADULTO 	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO 	FECHA	FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO 	FECHA

<b>AGENCY USE</b>				
PROVIDED APPLICANT WITH THE FOLLOWING DOCUMENTS: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Program information for cash, food and child care programs (DHS-2920)  <input type="checkbox"/> Domestic Violence Information brochure (DHS-3477)  <input type="checkbox"/> Notice of Privacy Practices (DHS-3979) <i>(attached)</i>  <input type="checkbox"/> Client responsibilities and rights (DHS-4163) <i>(attached)</i>  <input type="checkbox"/> Appeal Rights (DHS-3353) <i>(attached)</i> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Notice About Income and Eligibility Verification System and Work Reporting System (DHS-2759) <i>(attached)</i>  <input type="checkbox"/> Do you have a disability? (DHS-4133)  <input type="checkbox"/> How to Use Your Minnesota EBT Card (DHS-3315A)  <input type="checkbox"/> Reviewed all pages of application with client           </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Program information for cash, food and child care programs (DHS-2920) <input type="checkbox"/> Domestic Violence Information brochure (DHS-3477) <input type="checkbox"/> Notice of Privacy Practices (DHS-3979) <i>(attached)</i> <input type="checkbox"/> Client responsibilities and rights (DHS-4163) <i>(attached)</i> <input type="checkbox"/> Appeal Rights (DHS-3353) <i>(attached)</i>	<input type="checkbox"/> Notice About Income and Eligibility Verification System and Work Reporting System (DHS-2759) <i>(attached)</i> <input type="checkbox"/> Do you have a disability? (DHS-4133) <input type="checkbox"/> How to Use Your Minnesota EBT Card (DHS-3315A) <input type="checkbox"/> Reviewed all pages of application with client
<input type="checkbox"/> Program information for cash, food and child care programs (DHS-2920) <input type="checkbox"/> Domestic Violence Information brochure (DHS-3477) <input type="checkbox"/> Notice of Privacy Practices (DHS-3979) <i>(attached)</i> <input type="checkbox"/> Client responsibilities and rights (DHS-4163) <i>(attached)</i> <input type="checkbox"/> Appeal Rights (DHS-3353) <i>(attached)</i>	<input type="checkbox"/> Notice About Income and Eligibility Verification System and Work Reporting System (DHS-2759) <i>(attached)</i> <input type="checkbox"/> Do you have a disability? (DHS-4133) <input type="checkbox"/> How to Use Your Minnesota EBT Card (DHS-3315A) <input type="checkbox"/> Reviewed all pages of application with client			
AGENCY SIGNATURE	INTERVIEW DATE	CASE NUMBER		